

健康保険被保険者家族埋葬料(費)支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記

記入例

被保険者(本人)がご逝去され家族等が申請される場合の例です

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 3 5 7	2 4 6	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入
	氏名	(フリガナ) オオイ マチコ 大井 町子	申請する方のお名前	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 3 5 5 9
	住所	(〒 143 - ×××××) 東京 品川 大田区 3丁目2 ▲マンション1020号室	電話番号 (日中の連絡先) TEL 090(4567)××××	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座	☐ 現) ← チェックはしないでください 現在、当組合では直接被保険者へお振込みしております。		
	金融機関 名称	品川	品川
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ) 7 7 7 7 7 7 7
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 オ オ イ マ チ コ		

被保険者名義の口座情報をご記入ください。

次のページで詳細をご記入ください

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。》》》

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

被保険者(本人)がご逝去され家族等が申請される場合の例です

被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 大井 保夫

死亡が相手方(第三者)の行為に係る場合は「はい」になります。

申請内容

死亡年月日

死亡原因

第三者の行為によるものですか

死亡した方の 令和 Y 年 M 月 D 日

脳梗塞

死亡診断書等を参考ご記入ください。

☐ はい ☒ いいえ
「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

被保険者本人がご逝去された場合は、当欄は記入不要です。

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名

大井 保夫

被保険者からみた申請者との身分関係

妻

埋葬した年月日

令和 Y 年 M 月 D 日

埋葬に要した費用の額

2 5 3 0 0 円

法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)

円

亡くなられた方は、等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者として、今回の請求は次に該当することによる請求ですが。

①資格喪失後、亡くなられたとき
②資格喪失後、出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき
③資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき

2

1. はい 2. いいえ

提出する領収証の金額を記入してください。

【参考】

* 生計を維持されていた方

埋葬料は政令で定める金額となります。

* 生計維持関係にない埋葬を行った方

埋葬費は以下の実費額が給付対象です(上限は50,000円)

・霊柩車代・霊柩運搬代・霊前供物代・火葬料・僧侶の謝礼等

保険者名

記号・番号

「はい」に該当した場合は、当欄も記入してください。

事業主証明欄

被保険者・被扶養者の別

死亡年月日

死亡した方の

被保険者

被扶養者

令和

年

月

日

死亡

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和

年

月

日

事業所

事業主 記入欄

事業所

事業主氏名

TEL

(

)