

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

◎ご家族(被扶養者)がご逝去された場合の記入例です

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 記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 3 5 7	2 4 6	
	氏名	(フリガナ) オオイ ヤスオ 大井 保夫	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 3 5 6 6
	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	▲ ▲ ▲ 銀行 金庫 信託 農協 協同 農協 その他()	品川 本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
▼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。			
口座名義 (カタカナ)	オ オ イ ヤ ス オ		

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(申請者)・事業主記入用

◎ご家族(被扶養者)がご逝去された場合の記入例です

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

死亡した方の 令和 Y 年 M 月 D 日

脳梗塞

死亡原因

死亡診断書等を参考ご記入ください。

第三者の行為によるものですか

☐ 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

ご家族の氏名

大井 町子

生年月日

☒ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

38 年 5 月 9 日

被保険者との続柄

妻

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき

②資格喪失後、傷病手当金や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、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

2

1. はい

2. いいえ

「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。

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。

●被保険者が死亡したための申請であるとき

ご家族(被扶養者)がご逝去された場合は、当欄は記入不要です。

事業主証明欄

氏名

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

(

)