

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者証の 記号・番号		事業所の名称	
死亡した方の 死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因	第三者の行為によ るものですか <input type="checkbox"/> はい ※4 <input type="checkbox"/> いいえ

●被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
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当組合の被扶養者認定を受けた方で、今回の申請は右記に該当するものでしたか。		<input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> ②資格喪失後、傷病手当金等を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 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			
上記に該当していた場合、家族が当組合の被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名及び記号・番号について		保険者名	被保険者証の記号・番号		

●被保険者(本人)が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係 ※注1	
埋葬(葬儀)を行 った年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額 ※注2 (埋葬費として申請する際に記入) 円
亡くなられた方は、退職等により当組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の申請は右記に該当するものでしたか。		<input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> ②資格喪失後、傷病手当金等を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 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
上記に該当していた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として認定されていた健康保険の保険者名及び記号・番号について		保険者名 被保険者証の記号・番号

振込先指定口座	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	1.普通 2.当座	口座名義 (カタカナ)
			口座番号(左つめでご記入ください)		

受領代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	氏名	(〒 - ) TEL( )
		住所	フリガナ
		氏名	

上記のとおり申請します。 被保険者(申請者) 〒 -  
 令和 年 月 日 住所 .....  
 氏名 .....  
 TEL (.....)

事業主証明欄	死亡した方の氏名		被保険者・被扶養者の別	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡原因	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
	事業所の所在地	(記載者氏名)		
	名称			
	事業主の氏名			

- <注> 1. 当組合の被扶養者以外の家族が埋葬を行い申請者となる場合は、その続柄を証明する書類(戸籍謄本など)を添付してください。  
 2. 被保険者が死亡し、その埋葬を家族以外の方が行い申請する場合は、埋葬に要した費用の明細書、領収書を添付してください。  
 3. この申請書には死亡に関する事業主の証明もしくは市区町村長の埋(火)葬許可証、死亡診断書、死体検案書または検死調書の写しのいずれかを添付してください。  
 4. 死亡原因が第三者の行為による場合は、「第三者の行為による被害届」を添付してください。