

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号・番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏名							
	住所	(〒 -) TEL ()						

申請内容	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支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支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	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
	<small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
	銀行	本店	預金種別	口座番号(左づめでご記入ください)	口座名義(カタカナ)		
金庫	支店	1.普通					
農協	出張所	2.当座					

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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					

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する。 令和 年 月 日				
	事業所の所在地	名称 (記載者氏名)			
	事業主の氏名				

- <注>
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の家族の方が申請する場合は、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。
 - 被保険者が亡くなり、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。
 - 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視調書の写しのいずれかを添付してください。
 - 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傷病届」を添付してください。