

# 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)記入用

|                  |                    |   |                  |  |
|------------------|--------------------|---|------------------|--|
| 被保険者(申請者)欄       | 記号                 | 番号  | 氏名               | (フリガナ)   |
|                  | 被保険者証の<br>(左づめ)    |   |                  |  |
|                  | 生年月日               | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 電話番号<br>(日中の連絡先) | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯<br>内線 ( ) |
| 会社名<br>事業所<br>所属 | ※退職者の方は住所をご記入ください。 |   |                  |  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 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<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和                          | 年 月 日  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>「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  | 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 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、当健康保険組合に加入した方で、今回の請求は次のいずれかに該当することによる請求ですか。                       |  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                     |
|   | ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>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<br>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 |  |  |
|   | 「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<br>記号・番号  |
|   | ●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   | 被保険者からみた申請者との身分関係  | 埋葬した年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                              |
|   | 埋葬に要した費用の額  | 円  | 年 月 日  |
| 亡くなられた方は、退職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なった方で、今回の請求は次のいずれかに該当することによる請求ですか。                  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                 |  |
| ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>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<br>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 |   |  |  |
| 「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として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<br>記号・番号  |  |
| ●介護保険法のサービスを受けていたとき   |   |  |  |
| 保険者番号   | 被保険者番号  | 保険者名称  |  |

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印