

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者

記入例
(家族死亡)

被保険者 (申請者)欄	被保険者証の (左づめ)	記号 1 2	番号 1 2 3 4 5 6	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 〇〇〇〇 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 内線 ()
	会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G		

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 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 6 月 10 日	心不全のため	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53 年 11 月 22 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、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 checked="" 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 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		「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				
●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	年 月 日		
埋葬に要した 費用の額	円					
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				
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		該当する項目に記入する				
「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				
		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