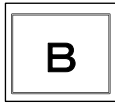


常務理事	検印	担当



決定年月日

# 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)・事業主記入用

申請者記入日 令和 年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	(フリガナ)		電話番号(日中の連絡先)	
	住所	〒 -		☎ ( )	

給付金の受領を事業主へ委任します。(口に✓を入れてください)

## ◆資格喪失後または被保険者死亡の場合は、下記口座をご記入ください

資格喪失(予定)者口座	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	普通	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(ㇰ)は1字としてご記入ください。)	

▼右づめでご記入ください。

◆資格喪失後の場合は被保険者本人の口座をご記入ください  
 ◆被保険者死亡の場合は申請者である相続人の口座をご記入ください

※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします)  
 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。

事業主証明欄	令和 年 月 日	【本件問合せ連絡先】 ※本件問合せに必要ですので必ず記入してください
	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	部署・担当者名
	事業所所在地	電話連絡先
	事業所名称	
	事業主(代理人)氏名	
	事業所コード ( )	「記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください」

健保受付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

健保記入欄	SEQ	本人・家族	傷病コード	死亡の傷病名	死亡年月日	支給決定額
		本人・家族			年 月 日	

# 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)記入用

被保険者氏名

死亡年月日		死亡の原因	
令和	年 月 日	【病死及び自然死】 <input type="checkbox"/> 病死 (病名: ) <input type="checkbox"/> 老衰 【不慮の外因死】 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> その他 【不詳の外因死】 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳の死	
第三者行為による死亡ですか	1. はい → 「はい」の場合 2. いいえ	1. 第三者が不明 2. 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は健康保険組合への埋葬料(費)申請はできません)	
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡した場合の申請			
死亡した被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との続柄		
申請者は被保険者に生計維持されていたか			
※被保険者に生活の一部でも維持されていれば、「はい」になります。(被扶養者であるか否かは問いません)			
1. はい … 「埋葬料」・添付書類不要 2. いいえ … 「埋葬費」・添付書類(以下の2点を添付してください) ① 埋葬に要した費用の領収書(原本で申請者のフルネームが記載されたもの) ② 埋葬に要した費用の明細書 ※被保険者に生計維持されていた方がいない場合のみ、埋葬費の申請ができます。			
「いいえ」の場合	埋葬を行った年月日及び埋葬に要した費用の額	令和 年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 被扶養者が死亡した場合の申請 (被扶養者以外の家族は申請できません)			
死亡した被扶養者の氏名	死亡者の生年月日	S ・ H 年 月 日 ・ R	被保険者との続柄
「埋葬料」・添付書類不要			

申請内容および必要な添付資料

※人事手続き窓口へ提出をお願いいたします。