

記入例

申請者) 記入用

1

2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者(職員)分か、
家族分のどちらかに○をつけて
ください

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 被 保 険 者 (申 請 者) 情 報 | 死亡した方の 被保険者の (右づめ) | 記号 9 9 9 | 番号 9 9 9 9 | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | * * 1 1 1 1 |
| | 氏名 | (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 | 被保険者が亡くなられての申請の場合、 「被保険者の記号・番号」と「生年月日」は被 保険者の情報を記入してください。 「氏名」、「住所」「電話番号」は実際に申請さ れる方の情報を記入してください。 | | |
| | 住所 | (〒 422 - * * * *) | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 090 (* * * * * * * *) | 日中連絡のとれる連絡先を 記入してください | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) | | | | |

記号・番号は

①マイナポータル、②資格情報のお
知らせ、③資格確認書(健康保険証)
のいずれかでご確認ください。

事業所を経由して書類の申請を
行う場合、必ずチェックを入れて
ください

- 注意事項1 被保険者が亡くなられての申請の場合、「被保険者等の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。「氏名」、「住所」「電話番号」は実際に申請される方の情報をご記入ください。
2 被扶養者以外の方が申請される場合は被保険者との身分関係を証明する書類を添付してください。
3 死亡証明は事業主証明にかえて市町村長の埋(火)葬許可証の写、死亡診断書等の写しでも可。

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

被保険者氏名

健保 太郎

被保険者(職員)分か、
家族分のどちらかに○をつけて
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 R* *年 4月 5日 | くも膜下出血 | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |

●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 |
| 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被 を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求です 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 | |

当健保に加入して直ぐに亡くなられた場合、前加入
の健保へ埋葬料の請求ができる場合があります。
前加入の健保へ請求をして埋葬料を受け取った場
合はこちらに金額を記入してください。

葬儀費用のうち、食事代・香典
返しの費用を除いた額

| | |
|-----------|---------------------------|
| 健康保険の保険者名 | 保険者名 |
| | 葬儀、または火葬をした日を記入して ください |

●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 | 健保 太郎 | 被保険者からみた申請者との身分関係 | 妻 | 埋葬した年月日 | R* *年 4月 7日 |
| 埋葬に要した費用の額 | 1 1 2 1 5 3 0 円 | 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額) | | | 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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。
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

2 1. はい 2. いいえ

「はい」の場合、資
保険者名と記号・番
号を記入してください

(例)
被保険者が亡くなり、妻が埋葬
料の申請を行う場合には、「妻」
と記入してください

●介護保険法の

| | | |
|-------|-----------------------|-----------|
| 保険者番号 | 保険者の 保険者名 記号・番号 | 保険者 名称 |
|-------|-----------------------|-----------|

事業主証明欄

| | | | | | |
|--------------------|------------------------|----------------|------|-------|---------------------------|
| 死亡した方の氏名 | 健保 太郎 | 被保険者・被扶養者の別 | 被保険者 | 死亡年月日 | R * *年 4月 5日 死亡 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | 令和 * *年 4月 10日 | | | |
| 事業所所在地 | 静岡県駿河区 × × * * - * * * | | | | |
| 事業所名称 | 大浜農業協同組合 | | | | |
| 事業主氏名 | 健保 理事太郎 | | | | TEL 054 (* * *) * * * * |

事業所が死亡証明をしない場合、市町村長の埋(火)葬許
可証の写または、死亡診断書等の写しを添付してください