

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
--------	----

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

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	1121530 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・

(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

保険者名
記号・番号

●介護保険法の

保険者番号	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 静岡市駿河区××**-*
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