

# 健康保險 被保險者家族 埋葬料（費） 支給申請書

1

2

**被保險者（申請者）記入用**

### 社員番号

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

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
被保険者等 記号・番号 (左詰め)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
氏名	(フリガナ) .....		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、 訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と 被保険者(申請者)の氏名(サイン)をご 記入ください。
住所	(〒 )		
電話番号 (日中の連絡先)	( )		メールアドレス (支給決定通知書送付先)

振込先指定口座 金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	銀行コード :		支店コード :	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
口座名義	左詰めでご記入ください。 ▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。満点（ ））、半満点（ ）は1字としてご記入ください。			
			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

<b>受取代理人の欄</b>	<b>被保険者 (申請者)</b>	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和      年      月      日	
	氏名				住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
<b>代理人 (口座名義人)</b>	(元      —      )      TEL      (      )				<b>委任者と 代理人との 関係</b>	
	住所					
	(フリガナ)					
氏名						

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者等記号・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

(金3 4)

受付印

## 社会保険労務士の 提出代行者名記載

# 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

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）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	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> はい	<input 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		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	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被扶養者の認定を受けた方で、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					<input type="checkbox"/> 1. はい    2. いいえ
	「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	令和 年 月 日	
埋葬に要した費用の額	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	円	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つた方で、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					<input type="checkbox"/> 1. はい    2. いいえ
	「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			

事業主証明欄	氏名		被保険者・被扶養者の別		死亡年月日		
	死亡した方の		<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	令和	年	月
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名	TEL ( )						

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。