

注:ご本人がお亡くなりになった場合は、会社人事担当者から
健保組合までご連絡ください

提出先:会社人事担当
任意継続者は健保組合

被保険者
族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	健康保険証に記載の記号2桁の番号	健康保険証に記載の番号4桁の番号	年 月 日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名 (フリガナ)	健 保 太 郎		
	住所 (〒 761 - 0185)	香川 都 道 高松市新田町甲34 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 087 (839) 5757			
<input 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 <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 協賛	本店 支店 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

扶養家族の方がお亡くなりになった場合は給与振込になりますので記入不要。
被保険者(ご本人)がお亡くなりになった場合や任意継続者・退職後に申請される方は振込口座を記入してください。

* 公金口座をご利用の方は健保組合までご連絡ください

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係

他人に受取をお願いする方のみ記入

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

記入不要

(R2.12)

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(本人)の氏名

申請内容

死亡年月日	死亡原因
死亡した方の 令和 4 年 6 月 4 日	老衰

お亡くなりになられた方について記入してください。

●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	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄
健保 一郎	24 年 7 月 4 日		祖父

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支給中に亡くなられたとき
③資格喪失後、②の支給終了後、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、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	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

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支給中に亡くなられたとき
③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

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

死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
健保 一郎	被保険者 被扶養者	令和 4 年 6 月 4 日 死亡

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

事業主が証明してください
任意継続者はご自身の住所
氏名を記入

令和 年 月 日

TEL ()