

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。

による傷病届」を提出してください。

●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

健 保 一 郎

生年月日

☒昭和
☐平成
☐令和

9 年 7 月 4 日

被保険者
との続柄

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、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

添付書類について

被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合
被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合
→事業主の証明があれば添付書類は不要です。

「はい」の場合、
保険者名と記

上記以外の場合は、添付書類が必要です

・死亡したことを証明する書類(死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)など添付書類が必要となります。

●介護保険

保険者
番号

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

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

TEL

(

)