

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1

被保険者(申請者)記入用

申請者	氏名・印	(フリガナ)	印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
被保険者	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		申請者と同じ場合は省略できます。

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 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」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	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

添付書類

◎家族が死亡したための申請であるとき

◎被保険者が死亡したための申請であるとき

- 死亡診断書(死亡届) 写し
- 埋葬に要した領収書 写し

- 死亡診断書(死亡届) 写し
- 埋葬に要した領収書 写し
- 健康保険証(被保険者、家族)

健康保険被扶養者届
 健康保険証(家族) ➡ 人事部へ

受付日付印