

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

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
----------------	--------

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 <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。
	死亡した方 令和 年 月 日		
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき	申請区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1	1. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請) 2. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) 3. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請)
	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、退職等により前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 →申請区分は「2. 埋葬料」もしくは「3. 埋葬費」をご選択ください。		申請区分 <input type="checkbox"/>	1. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請) 2. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) 3. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請)
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	← 申請区分が「3. 埋葬費」の場合のみ金額をご記入ください。		
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		<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	

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
		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
	事業所所在地		
事業所名称			
事業主氏名	TEL ()		