

被保険者 家族 埋葬料(費) 埋葬付加金 支給申請書 (2/2)

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 □ はい □ 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。
	死亡した方の 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		
	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支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(本人)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)		
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場合はその健康保険名称(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	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 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	()	

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日提出

【添付書類】以下の書類①～④を添付してください。

- ①埋葬許可証または死亡診断書のコピー ②埋葬を行った領収書と明細書の原本
③健康保険証(本人と被扶養者) ④健康保険証(被扶養者)
(③④健康保険証を返却済みの場合は添付不要、紛失等で返却できない場合は「滅失・き損届」を併せて添付してください)

ア)被保険者(本人)死亡の場合

- ・埋葬料の申請者が 当健保組合の被扶養者 → 添付書類 ①と③
- ・上記以外の方が申請する場合 → 添付書類 ①と②と③

イ)被扶養者(家族)死亡の場合

- ・被保険者(本人)から申請してください → 添付書類 ④
- ・なお、任意継続の被保険者(本人)が申請する場合 → 添付書類 ①と②と③