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）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号：1001　番号：1234567
記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
氏名（フリガナ）	ケンポ　ハナコ
氏名	健保　花子
生年月日	□昭和 ■平成 □令和　01年04月01日
住所	（〒541 − ○○○○）大阪 都・道・府・県 ○○区△△1−2−3
電話番号（日中の連絡先）	TEL 06（○○○○）○○○○

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	○○○○　銀行・金庫・信組・農協・漁協・その他（　）　○○○○　本店・支店・出張所・本所・支所
預金種別	普通
口座番号（左づめ）	1234567
口座名義（カタカナ）	ケンホ゜　ハナコ

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

1 2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

被保険者（申請者）・事業主記入用

被保険者氏名	健保　太郎

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　8　月　3　日	急性心不全	□ 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。

●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 □平成 □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	□　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	健保　太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻	埋葬した年月日	令和　年　月　日
埋葬に要した費用の額	円	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		

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	□　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

	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　太郎	(被保険者)　被扶養者	令和　○　年　7　月　31　日　死亡

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　○　年　8　月　3　日

事業所所在地　大阪府大阪市○○区□□×－×－×

事業所名称　株式会社ｉＤＡ

事業主氏名　○○　○○　TEL　06　（ ○○○○ ）○○○○