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)情報

	記号	番号	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
被保険者等 記号・番号			

氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住所	(〒 ー)	電話番号 (日中の連絡先)	( )

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		はい ・ いいえ

●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、退職等により資格喪失後に当健康保険組合の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	はい いいえ	「はい」の場合、家族が以前加入していた	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	(生計維持関係 有・無)
埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額	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	はい いいえ	「はい」の場合、喪失後に加入していた	保険者名 記号・番号

●介護保険法のサービスを受けていたとき

保険者番号　　被保険者番号　　保険者名称

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 本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他
口座番号		口座名義(カタカナ)	

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		被保険者・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します。　令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話 ( )

三陽商会健康保険組合

(R7.1)