

記入例

健康保険被保険者埋葬料(費)支給申請書

被扶養者が死亡した場合

申請者について記入

被保険者(申請者)情報	記号	番号	マイナンバー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	X	XXXXX		
	氏名 (フリガナ)	サノウ ハナコ 三陽 花子		生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 令和
住所	(〒 XXX - XXXX)	〇〇県〇〇市〇〇XX-XX		電話番号 (日中の連絡先)	XXX(XXXX)XXXX

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 XX 年 XX 月 XX 日	心筋梗塞	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	三陽 良子	生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 令和	被保険者との続柄	母	
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					前・現保険者どちらか一方への請求となります。		
被保険者の氏名	被保険者が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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座・その他
口座番号	✓の場合は振込口座記入不要 口座の記入がある場合は、 記入された口座に振込します				口座名義 (カタカナ)

事業主証明欄	死亡した方の 氏名	事業主の別	死亡年月日
	上記のとおり相違ないことを証明します		令和 年 月 日 死亡
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	電話 ()	

事業主の証明が必要です

退職後に死亡の場合等で事業主の証明が受けられない場合は、代わりに下記のいずれか1つを添付

- ①市町村長の埋葬許可証(写)
- ②火葬許可証(写)
- ③死亡診断書(写)
- ④死体検案書(写)