

健康保険 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
	死亡した方	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.はい 「はい」の場合は「第三者の行為による 2.いいえ 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
	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の支給終了後、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		
	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
	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支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、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	
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
		被保険者・被扶養者	令和 年 月 日
	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 ()		

<必要な添付書類>

- 死亡日の事業主の証明がもらえない場合には、下記のいずれか一つを添付してください。
 - 埋葬許可証のコピー●火葬許可証のコピー●死亡診断書のコピー●死体検案書のコピー●検視調書のコピー
 - 亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本●住民票
- 被保険者が亡くなり被扶養者以外が埋葬料を申請する場合
 - 生計維持を確認できる書類
 - 住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)を添付してください。添付する住民票は個人番号(マイナンバー)の記載がないものをご提出ください。なお住居が別の場合は下記の書類等の生計維持を確認できる書類を添付してください。
 - ・定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留の封筒の写し
 - ・亡くなった被保険者が申請者の公共料金を支払ったことがわかる領収書の写し など
- 埋葬費申請の場合
 - 埋葬に要した領収書●埋葬に要した費用の明細書

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。