

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	氏名	(フリガナ)				
	住民票住所	(〒)			都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

※給与振込口座に入金します。(健保が特殊事由と認める場合のみ、別口座への入金を可能とする)
 ※被保険者本人が死亡した場合は、申請書(相続人)名義の口座に入金します。
 ※任意継続者は、資格取得申請書に届け出た口座に入金します。

振込先指定口座

☐ 被保険者本人死亡により下記口座を指定します。（利用する場合は☑（チェック）を入れ、下記の欄を記入。）

☐ 特殊事由により下記口座を指定します。

※この欄は「被保険者の死亡による」の項目に該当する場合のみ入力してください。また、「被保険者の死亡による」とあるものの、遺族が任意で指定した口座でも構いません。
なお、振込先の金融機関名と口座番号の入力は必須です。

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)	
------	----	------------------------------	--

口座名義
(カタカナ)

▼上記申請者と同一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。〉〉〉

(R6.12)

受付目付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
家 族 埋葬料付加金

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
死亡した方の 令和 年 月 日		☐ 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	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)	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	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する。 令和 年 月 日		
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
印 TEL ()		