

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

|      |       |    |  |    |
|------|-------|----|--|----|
| 被保険者 | 被保険者証 | 記号 |  | 氏名 |
|      |       | 番号 |  |    |

下記のとおり埋葬料(費)の支給を申請します

| 申請内容   |   |
|--|---|
| 亡くなられた方  | <input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: _____ 続柄: _____)   |
| ※本人が死亡したとき   | <input type="checkbox"/> 請求者 (氏名: _____ 本人との続柄: _____)  |
| 死亡年月日  | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日   |
| 死亡原因   | _____   |
| 埋葬に要した費用の額   | 円 _____ <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する…別途届出が必要です  |
| 被保険者死亡の場合、在職中の死亡ですか  | <input type="checkbox"/> はい (以下記入不要) <input type="checkbox"/> いいえ (現在加入している保険者(健保組合)等を、下記に記入してください)   |
| 死亡当日加入している保険者(健保組合等)   | 保険者名 _____<br>記号・番号 _____ 電話番号 (____) _____   |
| 上記の保険者からの埋葬料について   | <input type="checkbox"/> 受給した/受給予定(請求中) <input type="checkbox"/> 受給しない/請求しない  |
| * 退職後の請求は、被保険者期間が継続して1年以上有り、当健保の資格喪失等から3ヶ月以内に死亡した場合に限ります   |   |
| ※ 死亡原因が、第三者(他人)の行為に該当した場合は『第三者行為による傷病届』を別途提出ください。  |   |
| ※ 保険証の記号が「1300」の方、請求時に退職されている方は、①振込先をご記入ください。(ゆうちょ銀行の取り扱いはありません) 上記以外の方は、事業所経由で支給されますので、②委任状欄へご記入ください。 |   |
| ① 振込先  | 金融機関 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 (____) <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所<br>口座番号 _____ (フリガナ) _____ (____) _____<br>口座名義 _____ (フリガナ) _____<br>預金種別 1. 普通 2. 当座<br>口座名義の区分 1. 申請者 2. 代理人 |
| ② 委任状  | 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日<br>住所 _____<br>被保険者 氏名 _____  |

### 【被保険者のマイナンバー記載欄】

※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

※被保険者死亡の場合、被保険者のマイナンバーでの請求はできません。

マイナンバーで申請の場合: 1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。

2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

| 事業主証明欄 | 死亡した方の氏名            | 本人・家族の別          | 死亡した年月日   |                         |  |
|--------|---------------------|------------------|---|-------------------------|--|
|        |                     | _____            | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | 令和 ____ 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                                     |                         |  |
|        | 事業所所在地 _____        |                  |   |                         |  |
|        | 事業所名称 _____         |                  |   |                         |  |
|        | 事業主氏名 _____         | TEL (____) _____ |   |                         |  |

|      |   |
|------|---|
| 添付書類 | 事業主の証明を得ずに申請する場合は下記書類のいずれか一通<br>・ 市区町村発行の、埋葬許可証、火葬許可証の写し<br>・ 医療機関発行の、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写し               |
|      | 被保険者本人の死亡で、当健保加入の被扶養者以外の方が申請(請求)する場合<br>1. 被保険者との続柄(関係)を証明する書類<br>2. 埋葬に要した費用の領収書(原本)、品目・金額等を記載した明細書(写) |

健保受付印