

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)請求書

常務理事	事務長	保健師	係

〈 被保険者(申請者)記入用 〉 1/2

被 保 険 者 に つ い て	記号	番号	被保険者名	事業所名
	住所	〒 -		
	電話番号	-	-	-

* 昼間に連絡がとれるもの。

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイポータル等で事前登録した公金受取口座口座を利用します。(利用する場合は□にレを入れて下さい。その場合は下記への記入は不要です。) (注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また振込先を受取代理人の口座を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	療養費振込希望口座	銀行	支店	普通 当座
	口座名義	*カタカナで記入下さい。		

* 指定口座が給与振込口座でない場合は、通帳又はキャッシュカード等のコピーを添付してください。

*「受取代理人の欄」は、振込先の口座を受取代理人の口座とした場合記載ください。⇒

受 取 代 理 人 に つ い て	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年	月	日
		氏名	住所	「被保険者(申請者)について」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義 人)	住所				
		(フリガナ)				
	氏名					
	電話番号	-	-	*昼間に連絡が取れるもの		

委任者と代理人との関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。⇒ ⇒ ⇒

被保険者のマイナンバー記載欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					* 記号・番号を記入の場合は「マイナンバー」の記入の必要はありません。 * マイナンバーを記入した場合は※「本人確認書」を添付ください。 ※「本人確認書」(下記2点の書類を添付してください。写可) 1. 通知カード等 or 住民票(番号付) 2. 運転免許証 or パスポート

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者名	
-------	--

< 被保険者(申請者)記入用 > 2/2

申請内容	死亡した方について					
	死亡年月日		死亡原因		死亡した原因は、第三者行為によるものですか	
	年 月 日				はい ・ いいえ	
	● ご家族(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	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					はい ・ いいえ 「はい」の場合は①～③のどれに当たりますか ① ・ ② ・ ③
	「はい」の場合、ご家族が被扶養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	年 月 日
埋葬に要した費用の額		円		法第3条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					はい ・ いいえ 「はい」の場合は①～③のどれに当たりますか ① ・ ② ・ ③	
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養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 記入用 >

事業主証明欄	死亡した方について		
	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	年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		
	事業所所在地	年 月 日	
	事業所名称		
事業主名			