

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)請求書

健保使用欄

〈 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	
	①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。			被保険者が亡くなられての申請の場合は申請される方の氏名を記入してください。(住所、電話番号も同様です)	任意継続者は任継と記入ください
	居 住 所	〒 -			
	電 話 番 号	- - -			*昼間に連絡がとれるもの。

振 込 先 指 定 口 座	□マイナ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	委任者と代理人との関係		
	電話番号	- - - *昼間に連絡が取れるもの			

「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	<p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>※「本人確認書」(下記2点の書類を添付してください。写可)</p> <p>1.通知カード等 or 住民票(番号付)</p> <p>2.運転免許証 or パスポート</p>																				
<table border="1"> <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>																					

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		はい・いいえに○を付けてください。→		死亡した原因は、第三者行為によるものですか はい ・ いいえ	
	死亡年月日		死亡原因		※「はい」の場合は健保へ連絡してください。	
	年	月	日			
	● ご家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			被扶養者がなくなった場合はこちらを記入ください。		
	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。				はい・いいえに○を付けてください。→	
	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			被保険者がなくなった場合はこちらを記入ください。		
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	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。				はい・いいえに○を付けてください。→		
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		

実際に埋葬を行った方が申請する場合は、必ず記入ください。

< 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。		年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主名			

事業主に証明を受けてください。任意継続者の方は証明は不要です。

添付書類：死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー・埋葬許可証(規定用紙)、豊島健康保険組合
または火葬許可証のコピーのどちらか

2024.12.11

被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合は、「領収証」、「埋葬に要した費用(霊柩車代、霊柩車運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等)の明細」のコピーを添付してください。