

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		
	死亡年月日		死亡原因		はい ・ いいえ		
	年	月	日	※「はい」の場合は健保へ連絡してください。			
	● 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。→		はい ・ いいえ
	①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき						「はい」の場合は①～③のどれに当たりますか ① ・ ② ・ ③
	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」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	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。→		はい ・ いいえ	
①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき						「はい」の場合は①～③のどれに当たりますか ① ・ ② ・ ③	
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」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。