

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

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 平成 年 月 日			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 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		<input type="checkbox"/>	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	平成 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		<input type="checkbox"/>	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		
●介護保険法のサービスを受けていたとき				
保険者番号	被保険者番号	保険者名称		

事業主証明欄	死亡した方の 氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
		<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	平成 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日
	事業所所在地		
事業所名称			
事業主氏名	印	TEL ()	

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

埋葬料(費)支給申請書の注意事項

1. この申請書の添付書類について

①被保険者本人が亡くなったとき

ア. 申請者が被扶養者である場合は、事業所を通じて申請書のみご提出してください。

※事業主の証明を得ないで申請する場合は、死亡診断書の写を添付してください。

イ. 申請者が被扶養者でない場合

- ・死亡診断書の写
- ・亡くなられた方の戸籍(除籍)謄本と申請される方の戸籍謄本
- ・埋葬(葬儀)にかかった費用の領収の写

②被扶養者の方が亡くなったとき

ア. 添付書類はありませんので、事業主の証明を得て申請してください。

※事業主の証明を得ないで申請する場合は、死亡診断書の写を添付してください。

2. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

3. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。

4. 「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

5. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問合せ願います。