健康保険被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

 被保険	者(申	請者	記入月	

被	地 // 哈老佐	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
被保険者 申	被保険者等 記号・番号 (左づめ)			
申請者 情報	氏名	(フリガナ)		□ FM
	住所	(〒 −) (j	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (
	□ 本申請書の)提出を事業主へ委任しま	す。(委任する場合は☑)	

振込先指定口座	振 込 先 金融機関 指 名称 定			銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協) (その他)((本店)(支店) (出張所) (本所)(支所)			
座	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)					
	ロ座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同	じ名義の口座を記入し	てください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。	濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。			

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

健康保険被保険者 埋葬料(費)支給申請書 被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

申	死亡年月日				死亡原因			第三者の行為によるものですか					
請内容	死亡した方の	令和	年	月	日					□ (i 「はい」 <i>0</i> よる傷病届)場合は「		行為に
	●家族(被扶	養者)	を者)が死亡したための申請であるとき										
	ご家族 の氏名						□昭和 生年月日 □平成 □令和	年	月日	1.0	段者)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 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 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、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険記号・番号をご記入ください。				求ですか。		1. はい	2. い	いえ				
					保険者名 :健康保険の保険者名と 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 <i>†</i> 年月日	令和	年	月	日		
	埋葬に要した 費用の額	1				円	法第3条第2項被保険 受けた時はその金		<u>*</u>				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 族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当する。 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 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				ことによる請求ですか。 中に亡くなられたとき		1. はい	2. い	いえ				
	「はい」の場合、 保険者名と記号					して加入	していた健康保険の	保険者名記号·番号					

事	氏名	被保険者・被扶養者の別			死亡年月日			
事業主証明欄	死亡した方の	被保険者	被扶養	者)	令和	年	月	日 死亡
崩欄	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和	年	月	日		
	事業所所在地							
	事業所名称							
	事業主氏名		TEL		()		