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）記入用

被保険者（申請者）情報			
被保険者等の（右づめ）	記号 1250	番号 000001	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 60年08月02日
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		
住所	（〒 350 － 0001 ） 埼玉 都道府県 川越市〇〇１－１－１		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090 （ 0001 ） 0001		

☑本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）

振込先指定口座			
金融機関名称	健康信用	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	健康 本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1　1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 1 2 3 4 5 6	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（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。） ケンホ゜　タロウ	口座名義の区分	1　1.申請者 2.代理人

「２」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄		
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。　令和　年　月　日 氏名　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	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。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

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 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

被保険者氏名	健保　太郎

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	令和 1 年 6 月 11 日	△△病	□ はい　☑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	健保　花子	生年月日	☑昭和 □平成 □令和 59 年 5 月 5 日	被保険者との続柄	妻

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	2　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	令和　年　月　日
埋葬に要した費用の額	円	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	□　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

	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の	健保　花子	被保険者　被扶養者	令和 1 年 6 月 11 日死亡

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和 1 年 6 月 20 日

事業所所在地　〒100-0001　東京都港区〇〇１－１－１

事業所名称　株式会社　健康

事業主氏名　代表取締役　健康　良夫　　電話　03　(0001)　0001

埼玉しんきん健康保険組合