

健康保険 被保険者・被扶養者 埋葬料(費)・付加金支給申請書

被保険者(申請者)	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名(自署)	フリガナ						
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()						

申請内容	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	交通事故等 第三者が原因ですか		
	はい ・ いいえ					
	■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合					
	ご家族の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
	下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。				保険者名	電話 ()
	①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した				記号-番号	
	②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した					
	③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した					
	■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合					
	被保険者氏名	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	円			
下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。				保険者名	電話 ()	
①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した				記号-番号		
②資格喪失後、当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した						
③資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した						

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
		被保険者・被扶養者	令和 年 月 日
	上記の通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
		電話 ()	

※被保険者(申請者)名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する (希望者は <input checked="" type="checkbox"/> 、希望しない場合は下記に記入)				
	金融機関名称	銀行	本店	支店番号	
		信用金庫	支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

備考	個人番号 (健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード(両面)の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本(①が提出できない方のみ)	
添付書類	■被扶養者が死亡した場合 ①事業主証明、死亡診断書の写しなどのいずれか ②被扶養者異動届、保険証・資格確認書返却(交付がある場合のみ。事業所に提出) ※高齢受給者証・限度額適用認定証が交付されている場合は併せてご返却ください。	■被保険者が死亡した場合 ①事業主証明、死亡診断書の写しなどのいずれか ②保険証・資格確認書返却(事業所に提出) ③住民票など(被扶養者からの申請は添付不要) ④埋葬費用の領収書原本および明細書写し (③が添付できない場合のみ)

受付日付印