

**健康保険 被保険者
被扶養者 埋葬料（費）支給申請書**

被 保 險 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号・番号	記号	番号				事業所名称																																
	請求者の氏名					請求者の生年月日		昭和 年 月 日		平成			令和																										
	請求者の住所		〒 -																																				
	TEL(日中の連絡先)		()																																				
	死亡年月日					年 月 日		死亡原因																															
	●家族（被扶養者）が死亡したための請求であるとき <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">ご家族の氏名</td> <td style="width: 25%;">続柄</td> <td style="width: 25%;">生年月日</td> <td style="width: 15%;">昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">亡くなられた方は、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。</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ①資格喪失後、3ヶ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ヶ月以内に亡くなられたとき </td> <td colspan="2"> はいの場合は、家族が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。 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> 保険者名 記号番号 </td> </tr> </table>												ご家族の氏名	続柄	生年月日	昭和 年 月 日	亡くなられた方は、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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		①資格喪失後、3ヶ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ヶ月以内に亡くなられたとき		はいの場合は、家族が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												
	ご家族の氏名	続柄	生年月日	昭和 年 月 日																																			
	亡くなられた方は、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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																				
	①資格喪失後、3ヶ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ヶ月以内に亡くなられたとき		はいの場合は、家族が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請求であるとき <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">被保険者の氏名</td> <td style="width: 25%;">被保険者から みた請求者の 続柄</td> <td style="width: 25%;">被保険者による生 計維持</td> <td style="width: 15%;">□あり □なし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">請求者が被保険者により生計を維持されていた方でない 場合は、埋葬に要した費用の額をご記入ください。</td> <td colspan="2">円 埋葬年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">亡くなられた方は、退職等により静鉄健保組合の資格を喪失された方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ①資格喪失後、3ヶ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ヶ月以内に亡くなられたとき </td> <td colspan="2"> はいの場合は、退職後加入してした健康保険の 保険者名と記号・番号をご記入ください。 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> 保険者名 記号・番号 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 被保険者が死亡した ための請求であると きは、振込先口座を ご記入ください。 </td> <td colspan="2"> 銀行 金庫 農協 支店・出張所 支店・営業部 銀行コード 支店コード 口座名義（カタカナで記入） </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2"> 普通・当座 口座番号 </td> </tr> </table>												被保険者の氏名	被保険者から みた請求者の 続柄	被保険者による生 計維持	□あり □なし	請求者が被保険者により生計を維持されていた方でない 場合は、埋葬に要した費用の額をご記入ください。		円 埋葬年月日 年 月 日		亡くなられた方は、退職等により静鉄健保組合の資格を喪失された方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		①資格喪失後、3ヶ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ヶ月以内に亡くなられたとき		はいの場合は、退職後加入してした健康保険の 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 ための請求であると きは、振込先口座を ご記入ください。		銀行 金庫 農協 支店・出張所 支店・営業部 銀行コード 支店コード 口座名義（カタカナで記入）		<input type="checkbox"/>		普通・当座 口座番号	
被保険者の氏名	被保険者から みた請求者の 続柄	被保険者による生 計維持	□あり □なし																																				
請求者が被保険者により生計を維持されていた方でない 場合は、埋葬に要した費用の額をご記入ください。		円 埋葬年月日 年 月 日																																					
亡くなられた方は、退職等により静鉄健保組合の資格を喪失された方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																					
①資格喪失後、3ヶ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ヶ月以内に亡くなられたとき		はいの場合は、退職後加入してした健康保険の 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 ための請求であると きは、振込先口座を ご記入ください。		銀行 金庫 農協 支店・出張所 支店・営業部 銀行コード 支店コード 口座名義（カタカナで記入）																																					
<input type="checkbox"/>		普通・当座 口座番号																																					

- ※ 死亡診断(死体検査)書、埋葬(火葬)許可証等のコピーまたは亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本を添付してください
- ※ 被保険者が死亡し、被扶養者以外の方が請求する場合は、被保険者により生計維持されていたことがわかる書類(住民票(亡くなった被保険者と同一世帯であるもの)を添付してください。別居の場合は定期的な仕送り事実のわかる通帳のコピーや、被保険者が公共料金等を支払っていたことがわかる領収証等)を添付してください。
- ※ 埋葬料を受けられる方がいない場合は、埋葬にかかった領収証の原本と費用明細書を添付してください。

確認欄（印をつけてください）	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		
□	受付日付印 / /		

委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者氏名 _____		
	代理人事業所名 _____		
	" 氏名 _____		

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄			
-----------------------	--	--	--

2021.04