

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書
被扶養者

被 保 険 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 平成 令和	年 月 日
	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						
	ご家族の氏名				続柄	生年月日	昭和 平成 令和
	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	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。	
	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					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							
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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	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。		
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					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		
預金 種別	普通・当座	口座 番号	口座名義 (加付で記入)				

- ※ 死亡診断(死体検案)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