



# 健康保険被保険者家族 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

健保 太郎

被保険者(職員)分か、  
家族分のどちらかに○をつけて  
ください

|  |   |                                  |   |
|--|---|----------------------------------|---|
| 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 R* *年 4月 5日  | くも膜下出血                           | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
|  | ●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき<br>ご家族の氏名 生年<br>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<br>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<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>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<br>なられたとき<br>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 |                                  |   |
|  | 葬儀費用のうち、食事代・香典<br>返しの費用を除いた額<br>健康保険の保険者名 扶養者名<br>当健保に加入して直ぐに亡くなられた場合、前加入<br>の健保へ埋葬料の請求ができる場合があります。<br>前加入の健保へ請求をして埋葬料を受け取った場<br>合はこちらに金額を記入してください。   |                                  |   |
| ●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  | 健保 太郎   | 被保険者からみた申請者との身分関係                | 妻   |
| 埋葬に要した費用の額   | 1121530 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) | 埋葬した年月日 R* *年 4月 7日   |
| 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<br>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。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>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<br>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、資<br>保険者名と記号   |   | 2                                | 1. はい 2. いいえ  |
| ●介護保険法の  |   |                                  |   |
| 保険者番号  | (例) 被保険者が亡くなり、妻が埋葬<br>料の申請を行う場合には、「妻」<br>と記入してください  |                                  | 保険者名<br>記号・番号   |
| 保険者番号  |   |                                  | 保険者名称   |

|        |                        |                       |                 |
|--------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| 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           |
|        | 健保 太郎                  | 被保険者                  | R * *年 4月 5日 死亡 |
|        | 上記のとおり相違ないことを証明する。     |                       |                 |
|        | 令和 * *年 4月 10日         |                       |                 |
| 事業所所在地 | 静岡市駿河区 × × * * - * * * |                       |                 |
| 事業所名称  | 大浜健康保険組合               |                       |                 |
| 事業主氏名  | 健保 理事太郎                |                       |                 |
|        | TEL                    | 054 ( * * * ) * * * * |                 |

事業所が死亡証明をしない場合、市町村長の埋(火)葬許可証の写または、死亡診断書等の写しを添付してください