

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

|         |                             |        |            |   |   |   |   |
|---------|-----------------------------|--------|------------|---|---|---|---|
| 被保険者情報※ | 被保険者証の<br>(左づめ)             | 記号     | 番号         | 生年月日  | 年 | 月 | 日 |
|         | 氏名・印                        | (フリガナ) |            | <input type="checkbox"/> 1.昭和<br><input type="checkbox"/> 2.平成<br><input type="checkbox"/> 3.令和 |   |   |   |
|         | 住所                          | 〒      | 都 道<br>府 県 | 自署の場合は押印を省略できます。  |   |   |   |
|         | 電話番号<br>(日中の連絡先)<br>※ハイフン除く | TEL    |            |   |   |   |   |

|          |            |   |      |  |
|----------|------------|---|------|--|
| 振込先指定口座※ | 金融機関<br>名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組<br><input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協<br>その他 ( ) |      | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部<br><input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 |
|          | 預金種別       | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段<br><input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知  | 口座番号 | 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。)   |      | 口座名義の区分<br><input type="checkbox"/> 1. 被保険者(申請者)<br><input type="checkbox"/> 2. 代理人  |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

|         |                       |                                |                   |  |   |   |
|---------|-----------------------|--------------------------------|-------------------|--|---|---|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(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。 |                   | 年  | 月 | 日 |
|         | 代理人<br>(口座名義人)        | 住所                             | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ | <input type="checkbox"/> 1.平成<br><input type="checkbox"/> 2.令和 |   |   |
|         | 氏名・印                  | 〒                              | TEL(ハイフン除く)       | <input type="checkbox"/> 印                                     |   |   |
|         | 住所<br>(フリガナ)          | 氏名・印                           |                   | <input type="checkbox"/> 印                                     |   |   |
|         | 被保険者<br>(申請者)<br>との関係 |                                |                   |  |   |   |

※ご注意ください

被保険者が亡くなられての申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。「氏名・印」、「住所」、「電話番号」、「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

▶

「被保険者・事業主記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄  印

様式番号

協会使用欄

受付日付印 (2020.9)

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者・事業主記入用

被保険者氏名

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 申請内容   | 死亡年月日 年 月 日   | 死亡原因  | 第三者の行為によるものですか<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。 |
|  | 死亡した方の <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> |   |   |
|  | ●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  | 生年月日 <input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 3.令和 <input type="text"/> | 被保険者との続柄  |
| 亡くなられた家族は、退職などにより健保組合などが運営する健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。<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支給中に亡くなられたとき<br>③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき |   | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/>  |   |
| 埋葬に要した費用の額 <input type="text"/> 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) <input type="text"/> 円   |   |   |
| 亡くなられた方は、退職などによる協会けんぽの被保険者資格の喪失後、家族の被扶養者となった方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。<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支給中に亡くなられたとき<br>③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき       |   | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 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   |   |

|        |                          |  |   |
|--------|--------------------------|--|---|
| 事業主証明欄 | 氏名                       | 被保険者・被扶養者の別  | 死亡年月日 年 月 日   |
|        | 死亡した方の                   | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者  | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 死亡 |
|        | 上記のとおり相違ないことを証明します       |  |   |
|        | 事業所所在地                   | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> | 年 月 日   |
| 事業所名称  |                          |  |   |
| 事業主氏名  | TEL <input type="text"/> | TEL ※ハイフン除く <input type="text"/>   |   |

様式番号

6 3 1 2 6 6