

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者	事業所記号		被保険者整理番号		事業所名	
	氏名				生年月日	○ 昭和 年 月 日 ○ 平成

申請者情報	[申請者]について ①被保険者が死亡の場合➡死亡者と「生計維持関係のあった親族」又は「実際に埋葬を行った方」が申請者になります。 ②被扶養者(家族)が死亡の場合➡死亡された方の生計を維持していた「被保険者」が申請者になります。					
	住所	〒 - - - - -				TEL - - - - -
	(フリガナ)氏名				生年月日	○ 昭和 年 月 日 ○ 平成 ○ 令和
	死亡者との続柄(関係)	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者以外の同居親族 <input type="checkbox"/> 実際に埋葬を行った者		請求	<input type="checkbox"/> 本申請をもって請求します。	
	◎ 在籍中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。					
受領委任	本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。					
	令和 年 月 日	受領責任者氏名			⑩	

◎ 喪失後の保険給付金の振込は、個人の口座になります。							
振込指定口座	金融機関	銀行			支店	預金種別	普通預金
	口座番号	(フリガナ)口座名義					

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

死亡者の情報	(フリガナ) 氏名		生年月日	○ 昭和	年	月	日	
	被保険者との続柄		死亡年月日	○ 平成	年	月	日	
	死亡した原因(傷病名)							
	原則、健康保険給付の対象外になります。							
	労災や第三者行為によって死亡した時	健康保険給付に支給申請した理由						
		労災・自賠責の担当者氏名及び連絡先(部署・電話番号)	担当部署名	TEL	-	-		
喪失後の申請の場合 <small>※被保険者のみ</small>	健保名			保険者番号				
	被保険者整理記号			被保険者整理番号				

↑
ここまでが「被保険者(申請者)記入用②」になります。

◎ 「死亡診断書又は死体検案書」の写しが添付できない場合は下欄をご使用ください。

医師の証明	下記の通り、証明いたします。							令和	年	月	日
	死亡した方の氏名										
	死亡年月日	令和	年	月	日						
	死亡した原因・傷病名										
	医療機関等住所										
医師名											

↑
「医師 記入用」になります。