

# 健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書 記入例

被保険者情報	記号	番号	生年月日					
	被保険者等 記号・番号	1 1 4 1	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 昭和	3	2	1 0	日
	<input checked="" type="checkbox"/> 平成							
氏名		フリガナ <span style="color: red;">サカイ タロウ</span>			電話番号			
		堺 太郎			080-1111-2222			
住所		(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 )						
		〇〇県△△市□□ 1-1-1						

振込先指定口座	金融機関名称	ヒッコシ		銀行	サカイ		本店	支店
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 別段	口座番号		7 6 5 4 3 2 1		
		<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 通知					
口座名義	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください。					口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	
	サ カ イ    ハ ナ コ						<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。  
亡くなられた方が被保険者本人の場合、「被保険者の氏名・印」は記入不要です。

受取代理人欄	被保険者の氏名・印	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。		令和 7 年 4 月 1 日		
	代理人の情報	住所	〒 123-4567 〇〇県△△市□□ 1-1-1		被保険者と代理人の関係	妻
		氏名	フリガナ <span style="color: red;">サカイ ハナコ</span>	電話番号	080-3333-4444	
		堺 花子				

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当
この欄は記入不要です。			

# 健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書 記入例

## 被扶養者

被保険者氏名

堺 太郎

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 令和 4 年 3 月 1 日	急性心不全	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。	
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
上は家族の場合、下は本人の場合のどちらかを記入してください	家族の氏名	生年月日	被保険者との続柄	
	堺 次郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 25 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和	子	
	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扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当する事による請求ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい		
	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	<input type="checkbox"/> いいえ		
	保険者名	△△健康保険組合		
	記号・番号	1234 - 12345678		
●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	被保険者から見た申請者との身分関係	埋葬した年月日		
堺 太郎	夫	令和 4 年 4 月 1 日		
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けたときはその金額(調整減額)			
1,000,000 円				
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族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当する事による請求ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい			
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	<input type="checkbox"/> いいえ			
	保険者名	△△健康保険組合		
	記号・番号	1234 - 12345678		
●介護保険法のサービスを受けていたとき				
保険者番号	被保険者番号	保険者名称		

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した方の	(被保険者) (被扶養者)	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
	事業所所在地	この欄は組合にて使用するの、記入の必要はございません。	
事業所名称			
事業主氏名		TEL ( )	