

健康保険被保険者家族 埋葬料(費) 請求書

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

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 <input type="checkbox"/> はい <input 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。
	死亡した方の 令和 年 月 日		
	●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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
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ことによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か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か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 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	令和 年 月 日
「埋葬費」として請求する場合(埋葬に要した費用の額) 被扶養者または被保険者により生計を維持されていた方が請求する場合は記入不要			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ことによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か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か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 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
	死亡した方の	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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		
	事業所名称		
事業主氏名	TEL ()		

添付書類

- 被保険者死亡の場合
 - (1) 被扶養者からの申請 ⇒ 添付書類不要
 - (2) (1)以外で被保険者により生計を維持されていた親族からの申請 ⇒ 生計維持を確認できる書類として「住民票」原本(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの) / 住居が別の場合は、定期的な仕送り事実がわかる書類
 - (3) 上記(1)(2)の人がいない場合で、実際に埋葬を行った方が「埋葬費」を申請する場合 ⇒ 埋葬に要した費用が記載された領収明細書の原本(支払った方のフルネームが記載されたもの)
- 被扶養者死亡の場合 ⇒ 添付書類不要
- 任意継続被保険者(被扶養者)の場合 ⇒ 死亡が確認できる次のいずれか
 - ①埋葬許可証または火葬許可証の写し ②死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し ③亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本 ④住民票など
 なお、任意継続被保険者が亡くなられた場合は交付している全ての保険証も返却してください