

健康保険被保険者家族埋葬料(費)支給申請書
 健康保険被保険者家族埋葬料(費)附加金

◎記入するときは、うらの「注意事項」をご覧ください

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所名	
③ 死亡した年月日	令和 年 月 日	④ 死亡した原因	
⑤ 発病または負傷の原因・状況 〔なるべくくわしく〕	いつ(発生日時) 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	⑥ 第三者行為によるものですか ・はい ・いいえ	
	どこで(場所)		
	なにをしていて		
	どのようにして負傷したか		
私 用 ・ 通勤の行き帰り ・ 仕 事 中			
<被保険者が死亡したための請求であるとき>			
⑦ 被保険者氏名		⑧ 埋葬した年月日	令和 年 月 日
⑨ 請求者との身分関係		⑩ 埋葬に要した費用(別紙証憑書のとおり)	
<被扶養者が死亡したための請求であるとき>			
⑪ 被扶養者氏名		⑫ 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
			⑬ 被保険者との続柄
上記によって 埋葬料(費) ⑭ 千 一 住所 を請求します。 埋葬料(費)附加金 フリガナ 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 電話 () 一			
⑮ 死亡した者の氏名		⑯ 死亡した者	被保険者・被扶養者
⑰ 死亡した年月日	令和 年 月 日	⑱ 死亡した原因	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
		⑲ 事業所の所在地	
令和 年 月 日		事業所の名称	
		事業主氏名	

<h3 style="margin: 0;">委任状</h3> <p style="margin: 5px 0;">上記保険給付金の受領を所属事業所担当者.....に委任します。</p> <p style="margin: 5px 0;">令和 年 月 日 被保険者氏名</p>

記入するときの注意事項

記入するときは、鉛筆は使用しないでください。

提出するときは、記入もれのないようにしてください。

被保険者が記入するところ

③欄、死亡した年月日を記入してください。

④欄、死亡した原因を記入してください。

⑤欄、死亡した原因が外傷(打撲、骨折など)によるものであるときは、発生の原因・状況等についてくわしく記入してください。

⑦⑧⑨欄、被保険者が死亡した場合に記入してください。

⑩欄、死亡した被保険者と生計維持関係のない者が埋葬(葬儀)を行った場合だけ記入し、埋葬に要した領収書および明細書を添付してください。

⑪⑫⑬欄、被扶養者が死亡した場合に記入してください。

⑭欄、住所は番地等を忘れないように(特に〇〇方、〇〇マンションなど)記入してください。

訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、被保険者が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

事業主が証明をするところ

⑯欄、該当する文字を○で囲んでください。

訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、被保険者が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

添付書類について

被保険者が死亡した場合で、被扶養者が申請する場合

死亡診断書もしくは死体検案書の写

被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の生計維持関係者が申請する場合

死亡診断書もしくは死体検案書の写

亡くなった被保険者と申請者が記載された住民票の写

被保険者が死亡した場合で生計維持関係者がいなく、実際に埋葬を行った方が申請する場合

死亡診断書もしくは死体検案書の写

亡くなった被保険者の戸籍(除籍)謄(抄)本の写

埋葬に要した費用の領収書原本

埋葬に要した費用の明細書