

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
死亡年月日	年	月	日

健康保険 家族 埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	-	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。							
	被保険者 氏名		生年月日	昭平令	年	月	日					
	住所	〒 -										
被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	亡くなられた 方の氏名		続柄		生年月日	昭平令	年	月	日			
	死亡年月日	昭平令	年	月	日	死亡原因						
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい → 「第三者行為による傷病届」を提出 (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は 埋葬料(費)請求はできません) <input type="checkbox"/> いいえ										
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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										
「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										
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。								令和	年	月	日	記入
氏名 (申請者)												

振 込 先 口 座	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)											
	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)	金融機関コード						店番号				
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()						<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	口座番号					口座名義(かて記入)					
普通												

【添付書類】
死亡診断書・埋葬許可書または火葬許可書の写し

※消えるボールペン等の筆記用具や修正テープは使用は不可
 ※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要

書類提出先→人事総務G

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。										
	令和	年	月	日	証明	事業所所在地					
	受任者					事業所名称					
	事業主氏名										

※記載内容の訂正箇所には事業主の押印、サインをお願いいたします。