

健康保険

被保険者
家族埋葬料(費)
埋葬料付加金

請求

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可)

注 添付書類などにつきましては次ページをご参照ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1	番号 12345	事業所 の名称	〇〇〇〇病院				
	請求者の 氏名(自署)	健保 太郎							
	請求者の 住所	〒 123-4567 東京都江東区〇〇1-2-3		電話	03	(4567)	8900		
	死亡した年月日	令和 〇	年 10	月 25	日 死亡 原因	心不全			
	*被扶養者が死亡したための申請であるとき								
	被扶養者氏名	健保 花子		生年 月日	昭和 平成 令和	△	年 7 月 2 日		
	被扶養者との続 柄			妻					
	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					2	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								
被保険者氏名			被保険者から見た申 請者との身分関係						
埋葬に要した費用の額			埋葬した年月日		令和	年 月 日			
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						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				
振 込 先 名 称	金融機関名称	〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協		本店 支店 出張所	普通	支店番号	口座番号		
	預金者氏名 (カタカナ)	健保 太郎 ケンボ タウ		預金 種類	当座 別段	9 9 9 1 2 3 4 5 6 7			

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者または請求者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	令和	年	月	日	〒	住所
	代理人 氏名				印	
被保険者または 請求者の氏名						
※自署の場合は押印を省略できます。						

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した 者の氏名	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した 年月日	令和	年	月	日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。								
	令和		年	月	事業主が証明				
事業所住所 事業所名 事業主氏名			電話 ()						

がん研究会健康保険組合

令和 年 月 日 提出

受付日付印