

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)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
	死亡した方の 令和 年 月 日	ケガ(外傷)の場合は【K14】負傷原因届もご提出ください	<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。
●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※1	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額※2	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		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	
●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	

※1・※2 被保険者に生計維持されていた方が申請する埋葬料申請の場合は、記入の必要はありません。埋葬費申請の場合は必ずご記入いただき、下記書類を添付してください。
領収書の原本(申請者宛名のもの)並びに明細書(内訳が確認できるもの)・申請者の身分証明書(写)

<埋葬料>
被保険者が亡くなり、被保険者に生計維持されていたが、ダスキン健康保険組合の加入者では無い場合は、生計維持されていたことが確認できる下記書類を添付してください。
住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載された続柄記載のもの)、仕送り事実が確認できる書面の写し等

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

決定年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日

健康保険組合決裁欄			
常務理事	事務長		担当