

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)・事業主記入用

記入例(被保険者本人が死亡した時)

被保険者	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の記号・番号・生年月日					
申請者情報	氏名	申請者の氏名・住所・電話番号をご記入下さい。				
	住所					
	電話番号 (日中の連絡先)					
事業所名	被保険者の事業所名・所属(勤務)先					
振込先指定口座	金融機関名称	申請者の振込先指定口座をご記入下さい。				
	預金種別					
	口座名義					

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	健保 八郎	被保険者	令和	3年 〇月 〇日 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	〒〇〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市〇〇-〇			
事業所名称	(株)フレッシュ ダスキン				
事業主氏名	代表取締役 島 大作	TEL	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

事業主証明が受けられない場合、以下のいずれかの書類の添付が必要です。

埋葬許可証(写)、死亡診断書又は検視調書(写)、亡くなったことの記載がある戸籍、住民票等の公的書類(マイナンバー記載がないもの)

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2024/12/2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

記入例(本人が死亡した時)

被保険者氏名 **健保 八郎**

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 3 年 〇 月 〇 日	心筋梗塞 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 checked="" 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支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
健保 八郎	妻		
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)		
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支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 checked="" type="checkbox"/> 2	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

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)・事業主記入用

記入例(被扶養者(家族)が死亡した時)

被保険者 申請者 情報	被保険者等の (右づめ)	記号 100	番号 XXXX	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 620301
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハチロウ 健保 八郎		
	住所 (〒 5XX- 0000)	大阪 都道府県 大阪市〇区〇〇 江坂マンション〇〇〇		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (5555) 0000		
	事業所名	(株)フレッシュ ダスキン	所属(勤務)先	総務部

振込先 指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1234567	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。) ケンポ ハチロウ		

事業主 証明欄	死亡した方の 氏名	健保 竹子	被保険者・被扶養者の別 被保険者 被扶養者	死亡年月日 令和 3年 〇月 〇日 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	〒〇〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市〇〇-〇		
	事業所名称	(株)フレッシュ ダスキン		
	事業主氏名	代表取締役 島 大作	TEL	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

事業主証明が受けられない場合、以下のいずれかの書類の添付が必要です。

埋葬許可証(写)、死亡診断書又は検視調書(写)、亡くなったことの記載がある戸籍、住民票等の公的書類(マイナンバー記載がないもの)

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2024/12/2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

記入例(被扶養者(家族)が死亡した時)

被保険者氏名 健保 八郎

申請内容 section containing death date (令和 3 年 0 月 0 日), cause of death (心筋梗塞), family name (健保 竹子), and insurance details.

※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。

<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。

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。

Table with decision date, payment date, and health insurance committee decision table (健康保険組合決裁欄) with columns for 常務理事, 事務長, and 担当.

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)・事業主記入用

記入例(埋葬費:被保険者が死亡し、被保険者と生計維持関係になかった者が埋葬を行った時)

被保険者	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の(右づめ) 被保険者の記号・番号・生年月日					

申請者情報	氏名	申請者の氏名・住所・電話番号をご記入下さい。
	住所	
	電話番号 (日中の連絡先)	

事業所名	被保険者の事業所名・所属(勤務)先
------	-------------------

振込先指定口座	金融機関名称	申請者の振込先指定口座をご記入下さい。
	預金種別	
	口座名義	

事業主証明欄	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	健保 八郎	被保険者 (被扶養者)	令和 3年 〇月 〇日 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	〒〇〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市〇〇-〇	
事業所名称	(株)フレッシュ ダスキン		
事業主氏名	代表取締役 島 大作	TEL	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

事業主証明が受けられない場合、以下のいずれかの書類の添付が必要です。

埋葬許可証(写)、死亡診断書又は検視調書(写)、亡くなったことの記載がある戸籍、住民票等の公的書類(マイナンバー記載がないもの)

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

2027/12/2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

記入例(埋葬費:被保険者が死亡し、被保険者と生計維持関係になかった者が埋葬を行った時)

被保険者氏名 健保 八郎

申請内容 section containing death date (令和 3 年 0 月 0 日), cause of death (心筋梗塞), and application details for burial fee.

※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。

<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。

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。

Table with 2 columns: Date type (決定年月日, 支給年月日) and Date (令和 年 月 日).

Table for Health Insurance Association Decision (健康保険組合決裁欄) with columns for Director, Secretary, and Responsible Party.