

被保険者
家族

埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	氏名・印(申請者)	フリガナ Ⓜ	自著の場合は押印を省略できます				
	現住所電話番号	(〒 -) 電話番号 ()							
	事業所名								
	死亡日	平成 年 月 日	死亡原因 ※1				第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※2		
	家族が死亡した場合	氏名 フリガナ	続柄	生年月日 昭和・平成 年 月 日					
	家族が死亡した場合	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.はい 2.いいえ ①資格喪失後3ヶ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なくなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき 「はい」の場合は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場合	氏名 フリガナ	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬年月日 平成 年 月 日					
		埋葬に要した費用の額	← ①被扶養者または②被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合は記入不要です。						
		亡くなられた方は、退職等によりウラベ健康保険組合の被保険者資格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.はい 2.いいえ ①資格喪失後3ヶ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なくなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき 「はい」の場合は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						
事業主証明欄	死亡した方の氏名				死亡年月日	平成 年 月 日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 平成 年 月 日 電話 ()								Ⓜ
振込先指定口座	金融機関名称	銀行 農協 金庫 漁協 信組 その他()			本店 本所 支店 支所 出張所				
	預金種別	1.普通 2.当座	3.別段 4.通知	口座番号	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)。							
受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。平成 年 月 日 氏名・印 Ⓜ 住所「被保険者が記入するところ」の住所と同じ 押印省略不可							
	代理人(口座名義人)	(〒 -) 住所 氏名・印	電話 ()			Ⓜ			

※1 死亡原因がケガの場合は負傷原因届を併せてご提出ください。
 ※2 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。
 健保組合にお問い合わせください。

受付日付印

(添付書類)

亡くなられた方	請求者	添付書類
被扶養者	被保険者	不要
被保険者	被扶養者	不要
	被扶養者以外の親族	住民票(原本)または戸籍謄本(原本) (被保険者との身分関係を証明するもの)
	その他	領収書および明細書(原本)

事業主の証明が受けられない場合(任意継続被保険者が亡くなった場合を含む)は、死亡を確認できる次のいずれかの書類を添付してください。

- ①埋葬許可証または火葬許可証のコピー
- ②死亡診断書、死体検案書または検死調書のコピー
- ③亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本の原本
- ④住民票(原本)