

被保険者(申請者)記入用①

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被 保 険 者	記号-番号		-						事業所名		
	氏名							生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月

申 請 者 情 報	[申請者]について ①被保険者が死亡の場合➡死亡者と「生計維持関係のあった親族」又は「実際に埋葬を行った方」が申請者になります。 ②被扶養者(家族)が死亡の場合➡死亡された方の生計を維持していた「被保険者」が申請者になります。											
	フリガナ							死亡者 との続柄 (関係)				<input type="checkbox"/> 被扶養者
	氏名											<input type="checkbox"/> 被扶養者以外の同居親族 <input type="checkbox"/> 実際に埋葬を行った者
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日					
	住所	〒 -										
		電話番号 ()										
<input type="checkbox"/> 本申請をもって請求します。												
◎ 在籍中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。												
受 領 委 任	本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。											
	令和	年	月	日	受領責任者氏名							印

◎ 喪失後の保険給付金の振込は、個人の口座になります。

振 込 指 定 口 座	機関名							銀行				支店
	口座番号							種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座		
	口座名義	(フリガナ)										

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付印

健康保険 被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 (費) 支 給 申 請 書

被保険者氏名					
死亡者の情報	フリガナ				被保険者との続柄
	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	死亡した原因(傷病名)
		<input type="checkbox"/> 平成		日	
	死亡年月日	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
労災や第三者行為によって死亡した時	原則、健康保険給付の対象外になります。				
	健康保険給付に支給申請した理由				
	労災・自賠責の担当者氏名及び連絡先(部署・電話番号)	担当部署名			
		TEL	()		
		担当者名			
喪失後の申請の時 ※被保険者の死亡のみ	健保名・保険者番号				
	記号		番号		

↑
 ここまでが「被保険者(申請者)記入用②」になります。

◎ 「死亡診断書又は死体検案書」の写しが添付できない場合はこの欄をご使用ください。

医師の証明	死亡した方の氏名				
	死 亡 年 月 日	令和	年	月	日
	死 亡 した原因・傷病名				
	上記のとおり証明します。				
	令和	年	月	日	
証明者	住 所	〒 -			
	氏 名				
	電話番号	()			

↑
 「医師 記入用」になります。