

支給決議書	同年月日		令和 年 月 日				常務理事	事務長	経理	扱者						
	支給年月日		令和 年 月 日													
	支給額		百万	拾万	万	千	百	拾	円							
	支給内訳	法定	款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年 月 日	
付加		款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	喪失	年 月 日		年 月 日	

健康保険 被保険者  
被扶養者

埋葬料(費)支給請求書

被保険者(申請者)記入用

KW

令和 年 月 日提出

(1/2)

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号		事業所名称	業務の種類・内容 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	
	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	( )	e-mail(任意)		

振込先指定口座	金融機関名称 ※金融機関種別を○で囲んでください	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

被保険者(申請者)・事業主記入用になります

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

被保険者氏名	
--------	--

(2/2)

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
	令和 年 月 日		1 はい 2 いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」をご提出ください
	●ご家族(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	昭和 平成 令和 年 月 日
亡くなられたご家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者認定を受けた方で、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亡くなられたとき 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		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	被保険者から見た 申請者との身分関係	埋葬した 年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した 費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた ときはその金額(調整減額)		円
亡くなられた方は、退職後に当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亡くなられたとき 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		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	

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
		被保険者 ・ 被扶養者	令和 年 月 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	事業所名称	事業主氏名
		TEL ( )	

受付日付印
-------