

電話番号	事業所		

被保険者
健康保険 家族 埋葬料(費)支給申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号	被保険者の生年月日	届書種別	受付年度	通番	グループ		
昭和 平成 令和	年 月 日	03	令和 ※年 ※		※		
被保険者(申請者)の氏名と印 (フリガナ)	事業所の名称 所在地						
被保険者(申請者)の住所 郵便番号 (フリガナ)	都道府県		電話 ()				
死亡した年月日		死亡原因		第三者によるものですか			
令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は、「第三者による傷病届」を提出してください。</small>				
● 被扶養者が死亡したための申請であるとき							
被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		被保険者との続柄	被扶養者番号		
		昭和・平成・令和 年 月 日			※		
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、今回の請求次に該当することによる請求ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき							
上記で、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。			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			
				平成 令和 年 月 日			
埋葬に要した費用の額		請求年月日		特別支給 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 ※		平成 令和 年 月 日 ※		円			
亡くなられた方は、退職等により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。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき							
上記の、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。			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							
市町村番号		受給者番号		発行機関名			
請求年月日	不支給理由	第三者行為	98条	105条	支払方法	法定支給額	受取住所区分 (備考)
1:本人 2:被扶養者 3:家族 4:その他	※	※	※	※	※	円	※
		0:なし 1:あり	1:非該当 0:該当	0:非該当 1:該当	2:個人払い 1:その他		0:本人 1:代理人
死亡した方の氏名		死亡した方		死亡した年月日			
		被保険者 ・ 被扶養者		平成 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							
事業所氏名				㊦			
		電話 ()					

振込希望口座	1 金融機関										
	金融機関コード					銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
	※					信連・信漁連 農協・漁協					本所・支所 本店・支店
	預金種別	1:普通 2:当座		口座番号				口座名義	(フリガナ)		

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日										
	被保険者 住所 (申請書) 氏 名										
	受取人情報	(フリガナ)					委任者と代理人との関係				
	代理人の氏名と印						電話	()			
	代理人の住所	(〒 -)									

負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する口に(☑)してください。)

被保険者が記入するところ	[負傷日時・場所等]					[受診した医療機関]				
	1.いつケガ(負傷)をしましたか。					7.診療を受けた医療機関とその機関等				
	平・令 年 月 日 (曜日)					医療機関名 _____				
	□午前・□午後 時 分頃					平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒・□ 治癒中				
	2.ケガ(負傷)をした日は次のうちのどの日でしたか。					医療機関名 _____				
	□出勤日・□休日(定休日・休暇含む)					平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒・□ 治癒中				
	□その他()					8.負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。				
	3.ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。					<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>				
	□勤務時間中・□通勤時間中(□出勤・□退勤)									
	□出張中・□私用・□その他()									
4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。										
□会社内・□道路上・□自宅										
□その他()										
5.ケガをした原因で次にあてはまる場所がありますか。										
□交通事故・□暴力(ケンカ)										
□スポーツ中(□職場の行事・□職場の行事以外)										
□動物による負傷(飼い主 □有・□無)										
□あてはまらない										
6.「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。										
相手 □有 → { □あなたは被害者 □無 □あなたは加害者										
9.被保険者が代表取締役等役員の方の場合										
労災保険に特別加入していますか。 □ 加入有 ・ □ 加入無										
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。										

令和 年 月 日提出

受付日付印