

## 埋葬料(費)支給申請書記入例(被保険者が亡くなった場合)

### 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		
1 0 1 2 0 4 5 6				昭和 平成 令和 5 0 3 0 5				0 3	令和 ※年 ※				※		
被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ) ケンボ ハナコ				事業所の名称		きつこう会健康保険組合							
被保険者(申請者)の住所		郵便番号		(フリガナ)		事業所の所在地		大阪府大阪市港区南市岡1-6-18							
		5 5 2 - 0 0 1 1		オオサカフ オオサカシ ミナトク ミナミシオカ 1-6-18 メゾンアンジュ5555		大阪 都道府県		大阪市港区南市岡1-6-18 メゾンアンジュ5555							
[受取人情報]/[被保険者情報]				電話		06 ( 6616 ) 9999									
死亡した年月日				死亡原因				第三者によるものですか							
令和 1 年 7 月 31 日				急性心不全				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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				
健保 花子				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							
健保 太郎				妻				平成 令和 年 月 日							
埋葬に要した費用の額				請求年月日				特別支給コード							
円 平成 令和 年 月 日				円 ※				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)							
● 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		受取人住所区分 (備考)	
1: 本人 2: 被扶養者		※		※		※		※		※		※		※	
3: 家族 4: その他		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		円		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							
健保 太郎				被保険者 被扶養者				平成 令和 1 年 7 月 31 日死亡							
上記のとおり相違ないことを証明する。															
事業所所在地				令和 1 年 8 月 6 日											
事業所名称				大阪府大阪市港区南市岡1-6-18											
事業所氏名				きつこう会健康保険組合											
				協会 三郎											
				電話 06 ( 6616 ) 9999											

振込希望口座	1 金融機関												
	金融機関コード				〇〇			銀行 金庫 信組		〇〇		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	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎

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				
	(〒 - )						電話 ( )				

### 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	<b>[負傷日時・場所等]</b>														
	1.いつケガ(負傷)をしましたか。														
	平・令 年 月 日 ( 曜日)														
	□午前・□午後 時 分頃														
	2.ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。														
	□出勤日・□休日(定休日・休暇含む)														
	□その他( )														
	3.ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。														
	□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。															
<table border="0"> <tr> <td>相手 □有</td> <td>→</td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> あなたは被害者  <input type="checkbox"/> あなたは加害者         </td> </tr> <tr> <td>□無</td> <td></td> </tr> </table>											相手 □有	→	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	□無	
相手 □有	→	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者													
□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。															
<b>[受診した医療機関]</b>															
7.診療を受けた医療機関とその機関等															
医療機関名 _____															
平・和 年 月 月 ~ 平・令 年 月 月															
□ 治癒・□ 治癒中															
医療機関名 _____															
平・令 年 月 月 ~ 平・令 年 月 月															
□ 治癒・□ 治癒中															
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。															
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															

令和 年 月 日提出

受付日付印

## 埋葬料(費)支給申請書記入例(被扶養者が亡くなった場合)

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 1 0 ..... - 1 2 0 4 5 6	被保険者の生年月日 昭和 平成 令和 5 0 年 0 3 月 0 5 日	届書種別 0 3	受付年度 ※年 ※月 ※日 令和	通番 .....	グループ ※
被保険者(申請者)の氏名と印 <b>健保 太郎</b>	(フリガナ) ケンボ タロウ 事業所の名称 きつこう会健康保険組合	所在地 大阪府大阪市港区南市岡1-6-18	郵便番号 5 5 2 - 0 0 1 1	(フリガナ) オオサカフ オオサカシ ミナトク ミナミシオカ 1-6-18 メゾンアンジュ5555	大阪 都道 大阪府 大阪市港区南市岡1-6-18 メゾンアンジュ5555
被保険者(申請者)の住所 [受取人情報]/[被保険者情報]	電話 06 ( 6616 ) 9999	死亡した年月日 令和 1 年 7 月 31 日	死亡原因 急性心不全	第三者によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者による傷病届」を提出してください。	
● 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 <b>健保 花子</b>	被扶養者の生年月日 昭和 平成 令和 5 1 年 1 0 月 2 2 日	被保険者との続柄 妻	被扶養者番号 ※		
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。 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か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
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。					
● 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 円 平成 令和 年 月 日 ※	請求年月日 円 平成 令和 年 月 日 ※	特別支給コード -	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		
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。 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か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
上記で、「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。					
● 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
1: 本人 2: 被扶養者 3: 家族 4: その他	※	※	※	※	※
	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	法定支給額 円
					受取人住所区分 0: 本人 1: 代理人
死亡した方の氏名 <b>健保 花子</b>	死亡した方 被保険者 ・ <b>被扶養者</b>	死亡した年月日 平成 令和 1 年 7 月 31 日死亡			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 1 年 8 月 6 日 事業所所在地 大阪府大阪市港区南市岡1-6-18 事業所名称 きつこう会健康保険組合 事業所氏名 協会 三郎 電話 06 ( 6616 ) 9999					

振込希望口座	1 金融機関												
	金融機関コード				〇 〇			銀行 金庫 信組		〇 〇		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	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎

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	<b>[負傷日時・場所等]</b>					<b>[受診した医療機関]</b>				
	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				
	平成・令和 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 □ あなたは加害者 □ 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。					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					

令和 年 月 日提出

受付日付印