

家族(被扶養者)が亡くなったとき

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書等で確認し、ご記入ください。なお枝番の記入は不要です。

出向されていた方は原籍の会社名をご記入下さい。

被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被保険者(申請者)記入欄	① 被保険者等記号・番号(右づめ)	記号 1 2	番号 3 4 5	② 被保険者が勤務していた、または勤務している事業所名(会社名)	XXX株式会社		
	③ 死亡した年月日	令和 5 年 4 月 1 日	④ 死亡原因	急性心筋梗塞	⑤ 就労状況	⑥ 第三者行為によるものですか	
	⑥ 被保険者が死亡したための請求の場合	A 被保険者氏名	B 死亡した被保険者と請求者との身分関係		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
		C 埋葬に要した費用	記入不要です				
	⑦ 被扶養者が死亡したための請求の場合	A 被扶養者氏名	健保 花子	B 生年月日	昭和 平成 xx 年 xx 月 xx 日 令和	C 被保険者との続柄	妻
	⑧ 備考						
	⑨ 被保険者(申請者)の住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)		令和 5 年 4 月 20 日			
		〇〇 〇〇市〇〇町10-9-8	健保 太郎				
	⑩ 振込希望の金融機関名	TEL 090 (× × × ×) × × × ×		※日中の連絡先をご記入ください			
		● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/>					
● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。							
● 普通当座 (右づめ)		2 2 3 3 4	口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ		店・本店 支店:出張所		
※ 受取代理人を指定する場合は、受取代理人が希望する金融機関口座をご記入ください							

第三者行為とは、自動車事故や不当な暴力など、第三者(他者)による加害行為のことを指します。

受取代理人の欄	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		令和 年 月 日
	被保険者(申請者)の氏名	住所: 上記「被保険者(申請者)記入欄」の住所と同じ	
	⑪ 受取人情報	住所	⑫ 委任者と代理人との関係
代理人の氏名	TEL	原則記入不要です	
※日中の連絡先をご記入ください			

事業主の証明	⑬ 死亡した者の氏名	⑭ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	⑮ 死亡した年月日	令和 年 月 日	年 月 日
うえのとおり相違ないことを証明し		記入不要です ※必要に応じて事業所(会社)で記入します	
事業主 住所 氏名			

【添付書類】

●被保険者が亡くなったとき

- (1) 健康保険被扶養者が申請する場合 . . . 死亡したことを証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)
- (2) (1) 以外の方が申請する場合 . . . ① 死亡事実を証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)
② 領収書 (申請者の方の名前がフルネームで記載されたもの)

●被扶養者が亡くなったとき

- . . . 死亡したことを証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)

※ 提出された書類の内容に応じて別途健保より確認させていただく場合があります。