

支給支払決議書

受付年月日 令和 年 月 日 資格取得 昭平 年 月 日 常務理事 事務長 担当者

健康保険組合使用欄

○家族(被扶養者)に関する申請であっても、社員本人(被保険者)の情報をご記入ください。
 ○被保険者が亡くなられて申請する場合
 ・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。
 ・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)と一緒にご提出ください。
 尚、「権利継承届兼誓約書」は2ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
 家 族 埋葬付加金

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(右づめ)	記号 2 5 0	番号 1 2 3 4	生年月日	年 月 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 2 3
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7)		〇〇 都 道 〇〇市〇〇町〇丁目1-2 府 県	
	電話番号(日中の連絡先)	TEL 123 (456) 7890			

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名称	宇都宮		銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。

口座名義	ケンポ ハナコ	口座名義の区分	1 1. 申請者 2. 代理人
------	---------	---------	--------------------

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ()	委任者と代理人との関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



健康保険被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

家 族 埋葬付加金

被保険者氏名 **健保 太郎** 「死亡診断書」に記載されている病名を記入してください。

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
	死亡した方の 令和 4 年 5 月 21 日	急性心不全	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

- 家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき
- 【注意事項】**
- ①被保険者が業務外の事由により亡くなった場合、被保険者により生計を維持されていた方に「埋葬料」が支給されます。
 - ②被扶養者が亡くなったときは「家族埋葬料」が支給されます。
 - ③「埋葬料」(①)を受けられる方がいない場合、実際に埋葬を行った方に「埋葬費」を支給します。

被保険者により生計維持されていた方が申請する場合は、記入の必要はありません。それ以外の方で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、必ずご記入ください。

●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	健保 太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻
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時はその金額(調整減額)	埋葬した年月日 令和 年 月 日
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請 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受給中だったとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内だったとき		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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名と記号・番号をご記入ください。		日雇該当者のみ記入。	
●介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号		保険者番号	保険者名称

該当する方のみ記入。

該当する方のみ記入。

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した方の	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 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	事業主(お勤め先)の証明を受けてください。		
事業所名称			

- 【添付書類】(※原則、原本です)**
- ・「領収証」(上記【注意事項】③の場合、または【注意事項】①②で事業主証明が受けられない場合) ※葬壇一式料、霊柩車代、火葬料等に係る領収証。尚、領収証(原本)の返却を希望される場合はその旨お申し出ください。
 - ・「権利継承届兼誓約書」(被保険者が亡くなられて申請する場合) ※こちらのQRコードからご確認ください。⇒

