両面印刷

1 2

健康保険　家 族　埋葬料支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者等（右づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ） 印		自署の場合は押印を省略可 押印はシャチハタ以外
住所	（〒　　ー　　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　） 本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1. 2.
口座名義	▼カタカナ
口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人

給与口座へ振込みのため記入不要です
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は健保組合へご連絡ください

「２」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

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・印　印　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 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印　印	委任者と代理人との関係

記入不要

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者等記号番号に代えてﾏｲﾅﾝﾊﾞｰにより申請する場合のみ記入ください。ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰを記載した場合は簡易書留にて郵送ください。（社内便普通郵便不可）

受付日付印

健保組合使用欄

法定給付	50,000円
付加給付	7,000円
計	57,000円

資格取得 S H R　年　月　日
認　　定 S H R　年　月　日
削　　除 S H R　年　月　日

（R6.12）

日本精機健康保険組合

健康保険　家 族　埋葬料支給申請書

被保険者（申請者）・事業主記入用

被保険者氏名	

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　年　月　日		□ はい　□ 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

ご家族の氏名		生年月日	□昭和　□平成　□令和 年　月　日	被保険者との続柄	

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、今回の請求は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	□	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		被保険者からみ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	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）	円		

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	□	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	

●介護保険法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

	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の		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　印

事業主氏名　TEL　（　）