

健康保険

☐

被保険者
家族

☒

埋葬料(費)支給申請書

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

【被保険者(申請者)記入用】【表】

被保険者又は申請者情報	被保険者等 記号・番号	記号 2700 番号 1234	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	35 年 8 月 8 日
	氏 名	(フリガナ) ノウキョウ タロウ	提出委任	☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	
		農協 太郎			
	住 所	〒 123 - 4567 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号 〇〇〇〇マンション〇〇号室			
事業所名称	〇〇〇〇農業協同組合		電話番号 (日中の連絡先)	077 (123) 〇〇〇〇	

必ずチェックして事業所担当部署経由で申請してください。

振込先 指定口座	☐ 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☑ 利用しない場合は下記の欄をご記入ください。) 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	〇〇〇〇		☒ 農協 ☐ 信連	〇〇〇〇		☒ 支店 ☐ 本店 ☐ 出張所			
	種 別 (いずれかに○)	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 (右づめで記入)	0	0	1	2	3	4	5
	口座名義 (カタカナで記入)	ノウキョウ タロウ								

右づめで7桁の番号

被保険者等の記号・番号が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は本人確認書類の添付が必要です。)

→ * * * * * * * * * *

同意書

健康保険法に基づく死亡した方(被保険者又は被扶養者)に対する保険給付に関する調査のため、貴職が必要とする事項(死亡した方(被保険者又は被扶養者)の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関・保険者等に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意します。また、照会・依頼を行うに当たり、貴職が当該機関に対して必要な範囲で説明を行うことについて了知します。
なお、本書の写しも有効とします。

令和 6 年 7 月 10 日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

住所 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号
〇〇〇〇マンション〇〇号室

申請者氏名 農協 太郎

被保険者(申請者)記入用は2ページ【裏】に続きます。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

健康保険

☐ 被保険者

☒ 家族

埋葬料(費)支給申請書

【被保険者(申請者)記入用・事業主記入用】**【裏】**

被保険者氏名		農協 太郎														
申請内容	1.死亡した方の	死亡年月日				死亡原因				第三者行為によるものですか。						
		令和 6 年 6 月 30 日				心筋梗塞				☐ はい ☒ いいえ はいの場合は「第三者行為による傷病届」をご提出ください。						
	2.家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき															
	①ご家族の氏名				②生年月日				③被保険者との続柄							
	農協 花子				☒ 昭和 ☐ 平成 37 年 6 月 13 日 ☐ 令和				妻							
	3.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、今回の申請は次に該当することによる申請ですか。								☐ はい							
	①資格喪失後、3か月以内になられたとき								☒ いいえ							
	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か月以内になられたとき															
	4.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。															
4-①保険者名								4-②記号・番号								
被保険者にり生計を維持された者以外が埋葬した場合、金額をご記入ください。																
5.被保険者が死亡したための申請であるとき																
①被保険者の氏名				②埋葬した年月日				③被保険者からみた申請者との身分関係								
				令和 年 月 日												
④埋葬に要した費用の額												円				
6.亡くなられた方は、退職等により当健康保険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、今回の申請は次に該当することによる申請ですか。								☐ はい								
①資格喪失後、3か月以内になられたとき								☐ いいえ								
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か月以内になられたとき																
7.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。																
①保険者名								②記号・番号								
事業主証明欄	①死亡した方の氏名				②死亡した年月日				③被保険者・被扶養者の別							
	農協 花子				令和 6 年 6 月 30 日				☐ 被保険者 ☒ 被扶養者							
	上記のとおり相違ないことを証明する。												令和 6 年 8 月 10 日			
	事業所所在地				滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号											
	事業所名称				〇〇〇〇農業協同組合											
事業主氏名				代表理事組合長 〇〇 〇〇〇〇				電話 077 (1234) 〇〇〇〇								