健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料（費）支給申請書

被保険者（申請者）情報	記号	番号 ※枝番記載不要	生年月日
被保険者の			□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日
氏名	（フリガナ）		被保険者からみた続柄等 □ 本人 □ 配偶者 □ その他（ ）
住所	（〒 ー ）		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

申請者について
・被保険者が亡くなった場合⇒被保険者により生計を維持していた人／埋葬を行った人
・被扶養者が亡くなった場合⇒被保険者

申請内容

死亡した方の情報

氏名	生年月日	被保険者からみた続柄
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	

死亡年月日	死亡原因（傷病名）
令和 年 月 日	

死亡状況	死亡状況が左記1.の場合
1. 業務上または通勤途上での傷病 ※1 2. 交通事故などの第三者行為 ※2 3. 上記1. 2. 以外の傷病	労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。 1. はい 2. 請求中 3. 未請求
埋葬した年月日	**埋葬に要した費用の額**
令和 年 月 日	円

注記
※1 労災保険からの給付が原則です。仕事中、通勤途の病気やケガが原因で亡くなった場合については、原則労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外です。但し、労災保険給付の対象とならない場合には、健康保険の給付対象となります。
※2「第三者行為による傷病届」等の書類を提出してください。

以下に該当する場合は、加入した（していた）組合の資格情報を下段にご記入ください。

被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者または国民健康保険の被保険者となり、３か月以内に死亡した場合

被扶養者が死亡したとき ⇒ 被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、３か月以内に死亡した場合

保険者名	記号・番号	被保険者氏名（世帯主）	被保険者との続柄

【記入上の注意事項】 記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

□ 訂正者氏名（フルネーム）

2ページに続きます。〉〉〉

シーイーシー健康保険組合

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料（費）支給申請書

被保険者氏名	

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組			本店 支店
預金種別	普通	口座番号		左づめでご記入ください。
申請者の口座名義	（フリガナ） 口座名義			

振込先指定口座は、1ページ目の被保険者（申請者）情報と同じ名義の口座をご記入ください。

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

事業主氏名 TEL ( )

添付書類

この「健康保険 埋葬料（費）支給申請書」に加え、申請する方に応じた以下の必要書類をすべて揃えてご提出ください。

＜被保険者死亡の場合の添付書類＞

被保険者により生計を維持していた家族が申請する場合 ※被扶養者に限らず	1. 当該申請書に事業主証明がない場合は、埋葬許可証の写しまたは死亡診断書の写し 2. 被扶養者以外で、被保険者により生計を維持されていた人が申請する場合は、生計維持関係を証明できる書類（住民票等）
埋葬を行った人が申請する場合 ※被保険者により生計を維持していた人がいないとき	1. 当該申請書に事業主証明がない場合は、埋葬許可証の写しまたは死亡診断書の写し 2. 埋葬に要した費用の領収書（支払者の氏名が記載されているもの）と明細書の原本

＜被扶養者死亡の場合の添付書類＞

被保険者（本人）が申請	1. 当該申請書に事業主証明がない場合は、埋葬許可証の写しまたは死亡診断書の写し 2. 「健康保険 被扶養者異動届」（扶養から外れる日は、亡くなった日の翌日を記入）

◎限度額適用認定証や高齢受給者証の交付を受けている場合は、保険証と併せてご返却ください。

【提出先】
会社の担当部署（人事部・総務部等）

☐ 訂正者氏名（フルネーム）