

健康保険被保険者家族埋葬料(費)支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

事務作業簡略化の為、両面印刷にご協力お願いいたします。

被保険者(申請者)情報	記号	1 0 0 1	番号	2 3 4 5 6	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	0	1	1	1	2	0
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成						
	氏名	(フリガナ)	ボッシュ ケンポ								
		ボッシュ 健保									
住所	(〒	355	-	0028)	埼玉	都	道	東松山市	箭弓町	2-5-5
						府	県				
電話番号(日中の連絡先)	TEL	0493	(22)	0890					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)											

振込先指定口座	金融機関名称	埼玉りそな				銀行	金庫	信組	東松山			本店	支店		
						農協	漁協			出張所					
						その他()			本所	支所					
預金種別	1	1. 普通	3. 別段	2. 当座	4. 通知	口座番号	7	6	5	4	3	2	1	左づめでご記入ください。	
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)											口座名義の区分	1	1. 申請者	2. 代理人
	ホ ッ シ ュ ケ ン ポ °														

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)	(〒	-)	TEL	()							委任者と代理人との関係		
	住所															
	(フリガナ)															
	氏名															

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。

※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

ボッシュ健康保険組合

〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 社内便: Hig RBHI

1/2

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 **ボッシュ 健保**

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 X 年 12 月 13 日	胃がん	<input type="checkbox"/> はい <input 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

ご家族の氏名	ボッシュ 康次郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30 年 1 月 1 日	被保険者との続柄	父
--------	-----------------	------	--	-----------------------------------	----------	----------

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

2

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	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)					

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
-------	--------	-------

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。(にチェックをお願いいたします)

- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。