発議	令和　年　月　日	決議	令和　年　月　日	決　裁	扶養照合
支給決議	埋葬料（費）				
	家族埋葬料			資格取得日	昭・平・令　年　月　日
	支給決定額			資格喪失日	令和　年　月　日

健康保険　被保険者／家族　埋葬料（費）請求書

被保険者（本人）が記入するところ

記号番号	３３　—	被保険者（本人）・請求者の氏名	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。
被保険者（本人）の住所・電話番号	〒　※団地・アパートの場合は、その名称,住宅番号，○○方を必ずご記入ください TEL　（　）		
会社名	TEL　（　）		

死亡した方の	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	令和　年　月　日		１．はい　２．いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による負傷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・平・令　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		被保険者との続柄	

請求者は被保険者に生計維持(注1)されていましたか	１．はい ２．いいえ	「いいえ」の場合、埋葬を行った年月日及び埋葬に要した費用の額（注２）	令和　年　月　日	円

注1：被保険者に生活の一部でも維持されていたら、被扶養者でない遺族や他人でも「１．はい」に丸をつける
注２：葬儀代、霊柩車代、霊前供物代、僧侶への謝礼などで、飲食代・香典返しは含まない

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	

事業主証明欄

死亡した方の氏名		死亡年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
□	

令和　年　月　日　事業所の所在地・名称
事業主の氏名

１．太線の枠内をご記入ください。事業主証明が受けられないときは、死亡したことを証明する書類（死亡診断書または埋葬許可証）を添えて提出してください。　R7.2改訂

２．死亡者により生計を維持されていなかった者が埋葬を行った場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。