

届書コード		
6	3	3

健康保険 被保険者家族 埋葬料（費）支給申請書

◎「記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。」
※印欄は記入しないでください。

⑦ 被保険者証の記号・番号	① 被保険者の生年月日	届書種別	受付年度	通 番	グループ			
	5:昭和 7:平成	03	平成		※			
被保険者(申請者)の氏名と印	(フリガナ)	事業所の名称						
	印	所在地						
被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ)						
	[受取人情報] / [被保険者情報]	都道府県						
		電話 ()						
⑧ 死亡した年月日	⑨ 死亡原因	⑩ 第三者の行為によるものですか						
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「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。</small>						
● 被扶養者が死亡したための申請であるとき								
⑪ 被扶養者の氏名	⑫ 被扶養者の生年月日	⑬ 被保険者との続柄	被扶養者番号					
	昭和・平成 年 月 日		※					
⑭ 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ヵ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ヵ月以内に亡くなられたとき								
⑮ 上記⑭で、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。								
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								
⑯ 被保険者の氏名	⑰ 被保険者からみた申請者との身分関係	⑱ 埋葬した年月日						
		平成 年 月 日						
⑲ 埋葬に要した費用の額	請求年月日	特別支給コード	⑳ 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	平成 ※ 年 月 日 ※		円					
※								
㉑ 亡くなられた方は、退職等により全国健康保険協会管掌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ヵ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ヵ月以内に亡くなられたとき								
㉒ 上記㉑で、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。								
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								
市町村番号	受給者番号	発行機関名						
※ 請求者区分	不支給理由	第三者行為	98条	105条	支払方法	法定支給額	受取人住所区分	(備考)
1:本人 2:被扶養者 3:家族 4:その他	※	※ 0:なし 1:あり	※ 0:非該当 1:該当	※ 0:非該当 1:該当	※ 2:個人払 3:その他	円	※ 0:本人 1:代理人	

事業主が証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日	
		被保険者 ・ 被扶養者	平成 年 月 日 死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明する。			平成 年 月 日
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	電話 ()

次ページに振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

振 込 希 望 口 座	④ 支 払 区 分	1 金融機関							
		金融機関コード		⊖		銀行 金庫 信組		店・本店 支店・出張所	
		※				信連・信漁連 農協・漁協		本所・支所 本店・支店	
	⑤	預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知	口座 番号	口座名義		(フリガナ)	

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日		
	被保険者 (申請者)	住 所 氏 名	Ⓜ		
	受取人情報	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	委任者と 代理人 との関係	Ⓜ
	代理人の 住 所	(〒 -)	電話	()	

負傷原因記入欄

Ⓢ 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。 平成 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中（<input type="checkbox"/> 出勤・<input type="checkbox"/> 退勤） <input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力（ケンカ） <input type="checkbox"/> スポーツ中（<input type="checkbox"/> 職場の行事・<input type="checkbox"/> 職場の行事外） <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主<input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>9. 亡くなった被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していましたか。 <input type="checkbox"/> 加入有・<input type="checkbox"/> 加入無</p>
---	---	---

社会保険労務士の 提出代行者印	Ⓜ
--------------------	---

平成 年 月 日提出
受付日付印