

健康保険 本人・家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加 本人死亡 記入例

(訂正がある場合は請求者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

請求者情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号 XXX-234	② 被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	(フリガナ) ショウホウ ハナコ 情報 花子 昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	③ 請求者の 現住所	〒 XXX-XXXX		日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX
	④ 事業所名称	(株)XXXX		

請求内容	⑤ 死亡した方	氏名 情報 太郎	生年月日 昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	被保険者 との続柄	本人	性別 男・女
	⑥ 死亡した年月日	令和 XX年 XX月 XX日	
⑦ 具体的な死因	心不全		
⑧ 被保険者が 死亡したとき	死亡した被保険者 との身分関係 (例 妻、父) 妻	埋葬に要した 費用の額 XXX,XXX 円	埋葬した 年月日 令和 XX年 XX月 XX日

死因の詳細	⑨ 原因 ※該当番号に○	① 病気 2. 外傷 (自損・交通事故・暴行、傷害) 3. その他 ()		
	⑩ 「2.外傷」に 該当する方は 具体的な状況 と☑を記入	負傷日時(いつ)	令和 年 月 日 (午前・午後 時頃)	
		負傷場所(どこで)	(例 自宅/ 山で 等)	
		負傷した状況	(例 自宅階段から転倒/ 登山中に登山道から滑落 等)	
	第三者行為の確認	<input type="checkbox"/> 相手がいない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1	労災の確認 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2	

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「注意事項」をご確認ください。

※2 通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気が労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。

(訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません)

事業主が証明する欄	⑪ 死亡した方の 氏名	情報 太郎	⑫ 死亡した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	⑬ 死亡した 年月日 令和 XX年 XX月 XX日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 記入年月日 令和 XX年 XX月 XX日				
	事業主 ⑭ 事業所所在地	〒 XXX-XXXX 中野区XXXX1-22-3			
	⑮ 事業主氏名	株式会社 XXXX 代表取締役 中野 XX 連絡先 XX (XXXX) XXXX			

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input type="checkbox"/>	会社振込	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input checked="" type="checkbox"/>	個人(請求者)口座	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	〇〇	銀行・農協 信金・信組	△△	本店 支店	預金種別 普通・当座
	金融機関コード	XXXX	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	XXXX	XXXX
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	XXXXXX	フリガナ	ショウホウ ハナコ	
			口座名義	情報 花子	

受付日付印

<input type="checkbox"/>	マイナンバー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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。
--------------------------	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--