

# 記入見本

支給額 ￥

常務理事	事務長	担当者

## 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

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(右づめ)	<input type="text" value="XX"/>	<input type="text" value="9999"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="text" value="XXXXXX"/>		
	氏名・印	(フリガナ) アコム タロウ <b>阿込 太郎</b>		アコム印可 → <b>阿込</b>	自署・押印してください。		
	住所	(〒 123 - 4567 )	〇〇	都道府県	〇〇市〇〇1-2-3		
電話番号(日中の連絡先)	TEL <input type="text" value="XX"/> <input type="text" value="(XXXX)"/> <input type="text" value="XXXX"/>						

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. その他	口座番号 <input type="text"/>	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 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

在職者は記入不要(給与口座振込)  
退職者は希望する本人口座を記入してください。

ず記入・押印ください。(押印省略不可)

取代理人の欄	被保険者(申請者)	氏名・印	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)	住所(フリガナ) 氏名・印	委任者と代理人との関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(29.4)

備考欄

受付日付印

社会保険労務士  
提出代行者名記載欄

(アコム社員の方へ)  
マイナンバーは絶対に記載しないでください。  
被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。

アコム健康保険組合

# 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 **阿込 太郎**

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 平成 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	<b>心疾患</b>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	<b>阿込 健蔵</b>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	被保険者との続柄 <b>父</b>
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。		<b>2</b>	1. はい	2. いいえ
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支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		保険者名 記号・番号		
「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。				
●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	平成	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)			円
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。		<input type="checkbox"/>	1. はい	2. いいえ
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支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		保険者名 記号・番号		
「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。				
●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		

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	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 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		印	TEL	( )