常務理事	事務長	調　査	G　L	担　当	

記入例

本人（被保険者）が死亡した場合の申請
※但し、請求者が本人の被扶養者の場合

[✓ 被保険者] 被扶養者 埋葬料（費）・付加金請求書

三菱マテリアル健康保険組合

請求者が記入するところ

① 被保険者証の	記号 1234 番号 567	資格喪失後の場合は、在職中の記号・番号を記入してください	② 請求者の氏名と生年月日	健保　花子 [✓ S]・H　○年○月○日　㊞
③ 被保険者の現住所	（郵便番号）○○○ － ○○○○ 東京都～ （電話番号）××－××××－××××			
④ 事業所の名称	本人（被保険者）の在籍していた会社名（事業所名）を記入してください			

⑤ 死亡した方の	死亡年月日	⑥ 死亡原因	⑦ 第三者の行為によるものですか
	平成 ○年 ○月 ○日	急性心不全	□ はい ☑ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為届」を提出してください。

⑤-⑴ 家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき

記入の必要はありません

㋐ ご家族の氏名		㋑ 生年月日	S・H　年　月　日
㋒ 被保険者との続柄			

㋓ 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

□ はい　□ 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	

⑤-⑵ 被保険者が死亡したための申請であるとき

㋐ 被保険者の氏名	健保　太郎	㋑ 被保険者から見た申請者との身分関係	妻
㋒ 埋葬した年月日	平成 ○年 ○月 ○日	㋓ 埋葬に要した費用の額	○○○○○○円

㋔ 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

□ はい　☑ 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	

⑧ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。

平成　年　月　日

余白部に振込口座を記入

被保険者氏名　㊞

住　所

事業所名　記入の必要はありません

代理受領者　印

事業主が証明するところ

事業主にて証明するところ

⑨ 死亡した者の氏名		⑩ 死亡した者	□ 被保険者 □ 被扶養者
⑪ 死亡した年月日	平成　年　月　日 死亡		

⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

住所
事業主
氏名　印
（電話番号）

（注意事項）

1. 標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および、②、⑤⑴の㋑の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑦、⑤⑴の㋓、⑤⑵の㋔、⑩の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
2. ⑤⑵の㋒、㋓の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行うものが請求する場合は記入不要ですが、その他の者が請求（この場合は、標題の「料」の文字を抹消すること。）する場合は、必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書の写（費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること。）を添付してください。
3. 事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市町村長の埋葬許可書、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書等の写を添付してください。
4. 資格喪失後に請求する場合、⑧の欄余白部分に請求者の振込口座を記入してください。
5. 個人情報の取扱いについて
この請求書に記載の個人情報は、この給付金の支払業務に関して利用します。
この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

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。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備　考　欄	

受付日付印

（2017.1）

本記入見本は、一般的な事例をもとに作成していますので、記入方法に関してご不明な場合は、事業所担当者へご確認ください。