

日清食品グループ健康保険組合

被保険者家族埋葬料(費)支給申請書

1

2

ページ

被保険者・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容

健康保険埋葬料(費)支給申請書記入の手引きをご確認ください。

①-1
死亡者区分

☐

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)



①-2では「1. 埋葬料」もしくは「2. 埋葬費」をご選択ください。
①-2では「3. 家族埋葬料」をご選択ください。

①

①-2
申請区分

☐

1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請)
2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請)
3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)

②-1

死亡した方の氏名
(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。

②-2

死亡した方の生年月日

☐

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

年

月

日

②

②-3

死亡年月日

令和

年

月

日

②-4

続柄(身分関係)



「被保険者が死亡」した場合は、被保険者と申請者の身分関係をご記入ください。
「家族が死亡」した場合は、被保険者との続柄をご記入ください。

③-1

死亡の原因

☐

1. 仕事以外(業務外)での傷病
2. 仕事(業務上)での傷病
3. 通勤途中での傷病



③-2へ

③

③-2

労働災害、通勤災害の
認定を受けていますか。

☐

1. はい
2. 請求中
3. 未請求



④

傷病の原因は第三者の
行為(交通事故やケンカ
等)によるものですか。

☐

1. はい
2. いいえ

「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

⑤

同一の死亡について、健
康保険組合や国民健康
保険等から埋葬料(費)
を受給していますか。

☐

1. 受給した
2. 受給していない

「①-2申請区分」が「2. 埋葬費」の場合のみご記入ください。
※埋葬費の場合は、別途埋葬に要した費用の領収書と明細書も添付してください。

⑥-1

⑥ 埋葬した年月日

令和

年

月

日

⑥-2

埋葬に要した費用の額

円

事業主証明欄

死亡した方の氏名
(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。

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。

事業所所在地

令和

年

月

日

事業所名称

事業主氏名

電話番号