

健康保険

被保険者  
家族

埋葬料（費）  
埋葬料（費）付加金

請求書

◎死亡が第三者（他人）の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病事故届」をあわせてご提出ください。

被保険者の記号・番号		③被保険者の生年月日		④被保険者の事業所の名称	
①記号	②番号	昭和 平成	年	月	日
		慶應義塾		慶應義塾大学医学部	
被保険者 (申請者)の	⑤氏名	(フリガナ)		⑥電話番号	( ) (内線 )
	⑦住所	(フリガナ)			
	⑧メールアドレス			@	
死亡した者の	⑨氏名	(フリガナ)		⑩生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	⑪被保険者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他 ( )		⑫死亡した日	令和 年 月 日
	⑬死亡原因			⑭第三者(他人)の行為によるものですか	はい ・ いいえ
被保険者が死亡したとき	⑮被保険者と申請者の関係	配偶者 ・ 子 ・ その他 (具体的に )			
	⑯埋葬に要した費用の額	円	⑰埋葬した日	令和 年 月 日	
	⑱被保険者が、退職などにより慶應義塾健康保険組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、下記ア.～ウ.に該当する場合には、被扶養者として加入していた健康保険組合についてご記入ください。 ア. 被保険者資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき イ. 被保険者資格喪失後、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 ウ. 被保険者資格喪失後、イ.の受給終了後3ヶ月以内に亡くなられたとき				
被扶養者が死亡したとき	保険者名			記号・番号	
	⑲被扶養者が、退職などにより健康保険組合の被保険者資格喪失後に慶應義塾健康保険組合の被扶養者の認定を受けた方で、下記ア.～ウ.に該当する場合には、被保険者として以前加入していた健康保険組合についてご記入ください。 ア. 被保険者資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき イ. 被保険者資格喪失後、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 ウ. 被保険者資格喪失後、イ.の受給終了後3ヶ月以内に亡くなられたとき				
	保険者名			記号・番号	

【被保険者が亡くなられた場合の申請について】

- ⑤～⑧は、申請される方についてご記入ください。
- ⑯および⑰は、被扶養者や同居親族がおられない場合にのみご記入ください。

【添付書類について】

- ・被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合
- ・被扶養者が亡くなった場合  
→火葬許可証/埋葬許可証/死亡診断書/死体検案書/検視調書 (いずれか1通 コピー可)
- ・被保険者が亡くなり、被扶養者以外の同居親族が申請する場合  
→火葬許可証/埋葬許可証/死亡診断書/死体検案書/検視調書 (いずれか1通 コピー可)  
+住民票(被保険者と申請者の続柄が確認できるもの)
- ・被保険者が亡くなり、上記以外の親族や知人等が申請する場合  
→火葬許可証/埋葬許可証/死亡診断書/死体検案書/検視調書 (いずれか1通 コピー可)  
+埋葬時の領収書および明細書 (宛名が申請者の氏名) (原本)

支給金額（健保記入欄）	
法定	円
付加	円

常務理事	事務長	担当者	受付印