

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

|       |                             |      |    |                     |         |          |
|-------|-----------------------------|------|----|---------------------|---------|----------|
| 申請者情報 | 被保険者証の記号番号                  | 記号   | 番号 | 所属事業所及び部署名          | 電話(内線)  |          |
|       | 申請者氏名                       | フリガナ |    |                     | 申請者生年月日 | 昭和<br>平成 |
|       | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先) | 〒    |    |                     |         | 電話 ( )   |
|       | 社員番号                        |      |    | メールアドレス<br>(日中の連絡先) |         |          |

|                                        |                                       |          |      |                   |        |                            |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------|------|-------------------|--------|----------------------------|
| 申請内容                                   | 死亡年月日                                 | 令和 年 月 日 | 死亡原因 |                   |        | 第三者の行為によるものですか<br>はい ・ いいえ |
|                                        | ■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合                |          |      |                   |        |                            |
|                                        | ご家族の氏名                                |          | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和    | 年 月 日  | 被保険者との続柄                   |
|                                        | 下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。 |          |      |                   | 保険者名   | 電話 ( )                     |
|                                        | ①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した                |          |      |                   | 記号一番号  |                            |
|                                        | ②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した |          |      |                   |        |                            |
|                                        | ③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した         |          |      |                   |        |                            |
|                                        | ■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合                |          |      |                   |        |                            |
|                                        | 被保険者氏名                                |          |      | 被保険者からみた申請者との身分関係 |        |                            |
|                                        | 埋葬した年月日                               |          |      | 埋葬に要した費用          | 円      |                            |
| 下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。 |                                       |          |      | 保険者名              | 電話 ( ) |                            |
| ①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した               |                                       |          |      | 記号一番号             |        |                            |
| ②資格喪失後、当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した   |                                       |          |      |                   |        |                            |
| ③資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した                |                                       |          |      |                   |        |                            |

|        |                          |  |             |          |  |
|--------|--------------------------|--|-------------|----------|--|
| 事業主証明欄 | 死亡した方の氏名                 |  | 被保険者・被扶養者の別 | 死亡年月日    |  |
|        |                          |  | 被保険者・被扶養者   | 令和 年 月 日 |  |
|        | 上記の通り相違ないことを証明する。        |  |             | 令和 年 月 日 |  |
|        | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |  |             | 電話 ( )   |  |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

|     |                                        |     |  |
|-----|----------------------------------------|-----|--|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 |     |  |
|     | 被保険者(申請者)                              | 氏 名 |  |
|     | 代理人<br>(実際に給付を受領する者)                   | 氏 名 |  |

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

|       |         |                |      |       |  |                |
|-------|---------|----------------|------|-------|--|----------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード |                |      | 支店コード |  |                |
|       | 金融機関名称  | 銀 行<br>信用金庫    |      |       |  | 本店<br>支店       |
|       | 預金種別    | 普通 他<br>当座 ( ) | 口座番号 |       |  | 口座名義<br>(カタカナ) |

|    |                                                                                                                                                  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 備考 | 個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)                                                                                                                    |  |  |
|    | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。<br>①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点<br>・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |  |  |

|               |
|---------------|
| 社会保険労務士の提出代行欄 |
|               |

受付日付印

【添付書類】

|                                                       |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合<br>■被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合      | 事業主による死亡の証明<br>(証明が受けられない方は[A]をご参照ください。)                                                                       |
| ■被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていた方が申請する場合            | 住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)<br>住居が別の場合は、定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳や現金書留のコピーまたは亡くなった被保険者が申請者の公共料金を支払ったことがわかる領収書のコピーなど |
| ■被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合 | 領収書(支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの)<br>埋葬に要した費用の明細書(費用の内訳がわかるもの)                                            |
| ■事業主の証明が受けられない場合[A]<br>■任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなられた場合       | 埋葬許可書または火葬許可証のコピー<br>死亡診断書、死体検案書のコピー<br>亡くなった方の戸籍(除籍)謄本<br>住民票など                                               |