

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

注意点等

被保険者(申請者)記入用

※申請書は『全2ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者(申請者の情報)	記号	番号	事業所名称
	〔受診時〕 被保険者証の (右つめ)		
	氏名	生年月日	年 月 日
	連絡先 住所	TEL ()	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、申請者が被保険者・被扶養者以外の場合や、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>			
	金融機関 名称	労働金庫	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 支店	
	店番号	口座番号	右つめで ご記入く ださい。	預金種別
	口座名義	▼カタカナ	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	TEL	()		
	申請者と 代理人との 関係			

「申請者・事業主記入用」は2ページへ続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

注意点等

被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

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 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
--------	------	---	----------

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

<input type="checkbox"/>	1. はい	2. 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

●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	令和 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	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。

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

<input type="checkbox"/>	1. はい	2. 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

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
		<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
	事業所所在地		
事業所名称			
事業主氏名	TEL ()		

次のページに必要書類等について案内があります。>>>

1. 埋葬料(費)の支給要件と支給額

- 被保険者が亡くなられた場合は、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方へ、埋葬料として5万円を支給します。
- 被保険者が亡くなられて、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方がいない場合は、実際に埋葬を行った方へ、埋葬料(5万円)の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額(埋葬費)を支給します。
- 被扶養者が亡くなられた場合は、被保険者へ家族埋葬料として5万円を支給します。

2. 添付書類について

(1) 下記分類により必要となる書類

注) 写しと指定していない書類は原本が必要となります(原本は原則お返しできませんので、各自でコピーをおとりください)。

埋葬料(費)の別と申請者の別	申請書に添付が必要な書類
[埋葬料] 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合 [家族埋葬料] 被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 添付書類なし
[埋葬料] 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者によって生計維持されていた方が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 生計維持関係を確認できる書類 → 「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) <p>※ なお、住居が別の場合は、直近6カ月分の「定期的な仕送り事実のわかる預金通帳」「現金書留の控え」等の写し(手渡しは不可)</p>
<埋葬費> 被保険者が亡くなり、被扶養者または被扶養者以外で被保険者によって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	<ul style="list-style-type: none"> ● 「領収書」 ※ 埋葬に要した費用額が記載された原本(支払った方のフルネームが記載されているものに限る) ● 「埋葬に要した費用の明細(内訳)書」

(2) 退職後等で、事業主の証明を受けられないときや、任意継続中の方(被保険者・被扶養者)が亡くなられたときは、死亡が確認できる次のいずれかの書類を必ず添付してください。

- 「埋葬許可証または火葬許可証」の写し
- 「死亡診断書、死体検案書または検視調書」の写し
- 亡くなった方の「戸籍(除籍)謄(抄)本」
- 「住民票」など

3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

〔提出先・お問い合わせ先〕
 〒101-0052
 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階
 全国労働金庫健康保険組合 業務部
 TEL 03(5217)3162