

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書

◎ 必要事項の記入またはチェックをして、確認書類等を添付のうえ、労金健保へ申請願います。

被保険者証の記号・番号		事業所 名 称		
記号	番号			
(申請者) 被保険者の	氏 名		生年月日	連絡先電話番号
	Ⓜ		昭和・平成 年 月 日	
	連絡先(送付先)住所			
〒		-		
死亡した方の	氏 名		生年月日	被保険者/被扶養者の別
			昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者〔続柄：_____〕
	死亡した年月日		死亡原因	死亡原因は第三者の行為によるものですか？
	平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> はい(*) <input type="checkbox"/> いいえ *「第三者の行為による傷病届」の提出が必要で
A. 被扶養者(家族)が死亡したための申請であるときの記入欄				
(ア) 亡くなられた家族は、退職等(健康保険の被保険者資格を喪失)に伴い、被扶養者の認定を受けた方で、今回の申請は次に該当することによる申請ですか？			<input type="checkbox"/> はい	
① 資格喪失後3カ月以内に亡くなられたとき			<input type="checkbox"/> いいえ	
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の受給を終了した日から3カ月以内に亡くなられたとき				
(イ) 上記(ア)で「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。		保険者名		
		記号・番号		
B. 被保険者が死亡したための申請であるときの記入欄				
被保険者からみた申請者の続柄		埋葬した年月日	埋葬に要した費用(埋葬費請求時)	
配偶者・その他()		平成・令和 年 月 日	円	
(ウ) 亡くなられた方は、全国労働金庫健康保険組合の資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の申請は次に該当することによる申請ですか？			<input type="checkbox"/> はい	
① 資格喪失後、3カ月以内に亡くなられたとき			<input type="checkbox"/> いいえ	
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の受給を終了した日から3カ月以内に亡くなられたとき				
(エ) 上記(ウ)で「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。		保険者名		
		記号・番号		
振込先 金融機関	労働金庫		本店	預金種別
	[]		支店	1：普通
店番号	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)		

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下について記入・押印してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日	年 月 日 提出	
	〒		-		
	被保険者住所 (申請者)		受付日付印		
	氏名		Ⓜ		
代理人の氏名と印	(フリガナ)		申請者との関係		
	Ⓜ				
代理人の住所	〒				
	-				

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、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

- 任意継続期間や資格喪失後3カ月以内の死亡による申請時に、事業主の証明では申請できません。
(下記【添付書類について】の2に該当の書類を添付願います)

事業主の証明欄	死亡した方の氏名	被保険者/被扶養者の別	死亡した年月日
		<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者	平成・令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	Ⓜ	

【添付書類について】

- 下記分類により必要な書類

埋葬料(費)の別と申請者の別	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	● 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	● 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) ※ 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)
<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	● 「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」

- 1のいずれの場合も、事業主の証明を受けられないときは、死亡が確認できる次のいずれかの書類を添付してください。また、任意継続中の方(被保険者・被扶養者)が死亡したときや、資格喪失後(3カ月以内等)に被保険者が死亡したときは、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」
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください)。

【埋葬料(費)の支給要件と支給額】

- 被保険者が亡くなった場合は、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方に埋葬料として5万円が支給されます。
- 被保険者が亡くなって、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に、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が支給されます。
- 被扶養者が亡くなった場合は、被保険者に家族埋葬料として5万円が支給されます。

【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