# 健康保険　被保険者 被扶養者　埋葬料(費)・埋葬付加金　支給申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者等 | 記号 | | 番号 | |

※被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です
個人番号記載欄 □□□□□□□□□□□□

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者 氏名 | | 事業所名 | |
| 被保険者 住所 | (〒　　－　　)　　(TEL　　－　　－　　) | | |
| 請求者 ※被保険者以外の方が請求する場合 | 氏名 | | 被保険者との続柄 |
| | 住所 | (〒　　－　　)　　(TEL　　－　　－　　) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請内容 | 死亡した方 | □ 被保険者　□ 被扶養者(家族) | 続柄(家族の場合) | |
| | 死亡した方 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 |
| | 死亡日 | 令和　年　月　日 | 埋葬した日 | 令和　年　月　日 |
| | 死亡の原因(病名) | | 第三者行為または交通事故による死亡ですか | □ はい　□ いいえ |
| | | | 業務災害による死亡ですか | □ はい　□ いいえ |
| 提出の委任 | □ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(※委任する場合は☑) | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込指定口座 | □ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入)<br>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用することはできません。 | | | |
| | 金融機関 | 銀行・信組<br>信金・農協 | 本店<br>支店・出張所 | |
| | 口座番号 | □普通<br>□当座 □□□□□□□ | 口座名義(カタカナ) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 事業主証明欄 | 死亡した方 氏名 | | 死亡日 | 令和　年　月　日 |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名　(TEL　　－　　－　　) | | | |

提出年月日　令和　年　月　日

| 添付書類が必要なケース | 添付書類 |
|---|---|
| ・死亡に関する事業主の証明が得られない<br>・任意継続被保険者またはその被扶養者が亡くなられた | 下記のうちいずれか1つ<br>・埋葬許可証、または火葬許可証のコピー<br>・死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー<br>・亡くなった方の戸籍謄本または抄本(除籍されたもの) |
| ・被保険者が亡くなり、請求する親族等がいない場合で、実際に埋葬を行った方が請求者となる場合 | ・領収書(請求者の氏名、埋葬に要した費用が記載されたもの)<br>・埋葬に要した費用の明細書 |

※ 上記以外にも書類のご提出をお願いする場合があります。

【健康保険組合 記入欄】

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 資格取得(認定)日 | 年　月　日 | 埋葬料(費) | | | | | | | |
| 資格喪失(終了)日 | R　年　月　日 | 付加金 | | | | | | | |
| 死亡日 | R　年　月　日 | 支給額合計 | | | | | | | |

千葉県建設業健康保険組合