### 健康保険



# 埋葬料(費)支給申請書

|       | 被保険者証   | 記号                                       | 番                     | 号                         | F       | 所属事業所                        | 000  | 株式会社                           | t00j          | 店   |       |     |
|-------|---|--|-----------------------|---------------------------|---------|------------------------------|------|--------------------------------|---------------|-----|-------|-----|
|       | の記号番号   | ••                                       | ××                    | ××                        |         | 及び部署名                        | 電話(内 | 話(内線) <b>03-1234-5678 (999</b> |               |     | 99)   |     |
| 申請者情報 | 申請書氏名   | フリガナ ケンポ ハナコ                             |                       |                           | 申請者     |                              |      | ● 年                            |               | 月 4 |       |     |
|       | I NO EL COLO                                  |  | 健保 花子                 | •                         |         | 生年月日                         | 平成   |                                |               |     |       |     |
|       | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先)                   | 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マン:<br>電話  |                       |                           |         | ンョン456号室<br>03 ( 7891 ) 2345 |      |                                |               |     |       |     |
|       | 社員番号  |  | 1234567               |                           |         | メールアトレス                      | (    | $OO\Delta\Delta$               | 7 <b>@</b> O( | )0. | ne.jŗ | )   |
|       |   | A.T                                      |                       |                           |         | Æ. U                         | . >  |                                | 第二者           |     |       | のです |
|       | 死亡年月日   | 令和 ● 年                                   | 令和 ● 年 ● 月 ● 日   死亡原因 |                           |         | 急性心不全はい・し                    |      |                                |               |     | VV    | )   |
|       | ■家族(被扶養者)                                     | (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                      | 田 昭和 平成 |                              | 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。<br>保険者名 |  |                       |                           |         |                              |      |                                |               |     |       |     |
|       | ①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した                        |  |                       |                           |         |                              |      | NIX 1 1                        | 電話            | (   | )     |     |
| 申請    | 0   | ·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<br>記号-番号 |                       |                           |         |                              |      |                                |               |     |       |     |
| 内     | 0 111111 11111 = 2                            | 資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した                   |                       |                           |         |                              |      |                                |               |     |       |     |
| 容     | ■本人(被保険者)                                     | か外亡したため                                  | の申請の場合                |                           |         |                              |      |                                |               |     |       |     |
|       | 被保険者氏名  |  | 健保 太                  | 刨                         |         | 被保険者からみた申請者との身分関係            |      |                                | 妻             |     |       |     |
|       | 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<br>①退職等で当健保の                        |  |                       |                           | してく     | ださい。                         | 任    | <b></b><br>保険者名                | 電紅            | (   | `     |     |
|       | ②資格喪失後、当組                                     | 211111111111111111111111111111111111111  |                       |                           | 中に死     | 亡した                          | _    |                                | 電話            | (   | )     |     |
|       | ③資格喪失後②の                                      |  |                       | _ * / • // • // • / / / / |         |                              | 記    | 号一番号                           |               |     |       |     |

一証明欄

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。 証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証等)を添付してください。

※受領委任する場合は 委任果に記入して下さい

| <u> </u> | . 庾女正 テる刎口は、女正小に配き   | 100101    |                    |
|----------|----------------------|-----------|--------------------|
| 禾        | 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 |
| 委任       | 被保険者(申請者)            | 氏 名       |                    |
| 状        | 代理人<br>(実際に給付を受領する者) | 氏 名       | 健保 花子              |

| 振  | 金融機関コード | 1234        | 支店コード       | 123            |        |  |  |  |
|----|---------|-------------|-------------|----------------|--------|--|--|--|
| 先情 | 金融機関名称  | ••          | 銀 行<br>信用金庫 | 班 11           |        |  |  |  |
| 報  | 預金種別    | 普通 その他 口座番号 | 1234567     | 口座名義<br>(カタカナ) | ケンポハナコ |  |  |  |

- 1. 死亡した事を証明する書類(火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか一つ)の写し 2. 被保険者が死亡した場合で、生計維持されていなかったものが請求する場合は、「埋葬に要した費用」の領収書(原本) 3. 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外だが被保険者に生計を維持されていた者による請求の場合は、 亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)

| 佃人来旦   | (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要 | Е,             |
|--------|-------------------------|----------------|
| 11的八份万 | 「物味噌前の」正方金方を正八した場合は正八个名 | <del>z</del> - |

四八番ケ (飲体)(日証が記り番りを記入した場合は記入生

| # ※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。  ** 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  ・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 | 1 |  |  |  |  |
|  |       | \ |  |  |  |  |

## 埋葬料(費)支給申請書

| 申      | 被保険者証                                 | 記号   | 番                   | :号              | F          | 所属事業所 〇〇                    |         | ○○株式会社 ○○支店  |       |                |    |     |          |
|--------|---------------------------------------|--|---------------------|-----------------|------------|-----------------------------|---------|--|-------|----------------|----|-----|----------|
|        | の記号番号                                 |  | ××                  | ××              | 及び部署名電調    |                             | 電話()    | 電話(内線) <b>03-1234-5678 (999)</b>                                 |       |                |    |     |          |
| 請      | 申請書氏名                                 | フリガナ   | フリカナ <b>ケンポ タロウ</b> |                 |            | 申請者                         | 昭和      | 和  |       | <b>鱼</b> 年     |    | 月 • | <b>)</b> |
| 者情     | I HUELVIL                             |  | 健保 太郎               | •               |            | 生年月日                        | 平月      | 戊  |       |                |    |     |          |
| 報      | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先)           | 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンジ<br>電話                    |                     |                 |            | マン456号室<br>03 ( 7891 ) 2345 |         |  |       |                |    |     |          |
|        | 社員番号                                  |  | 1234567             |                 |            | メールアトレス                     |         | $\bigcirc\bigcirc\triangle\triangle$ @ $\bigcirc\bigcirc$ .ne.jp |       |                |    |     |          |
|        | T-1-7-11-11                           | Λ.T  |                     | T-1.EII         |            | <b>4.</b> i                 | 4.5.7   | - A  |       | 第三者の行為によるものですか |    |     | ですか      |
|        | 死亡年月日                                 | 令和 ● 年 ● 月 ● 日 死亡原因  |                     |                 | 急性心不全      |                             |         | はい・いり  |       |                | )_ |     |          |
|        | ■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                                | 健保   | 花子                  | 生年月日            |            | 平成  □ 日本                    |         | F  | 月●日   | 被保 <br>との約     |    | 3   | Ę        |
|        | 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。 |  |                     |                 |            |                             |         |  |       |                |    |     |          |
|        |                                       | 合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した  |                     |                 |            |                             | ,       | ,,,,   |       | 電話             | (  | )   |          |
| 申<br>請 | 0.44                                  | 、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<br>、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 |                     |                 |            |                             | た       | 記力   | - 番号  |                |    |     |          |
| 内容     | ■本人(被保険者)                             |  |                     |                 |            |                             |         |  |       |                |    |     |          |
| 41     | 被保険者氏名                                |  |                     |                 |            | 被保険者が申請者とのよ                 | = / · - |  |       |                |    |     |          |
|        | 埋葬した年月日                               |  |                     |                 |            | 埋葬に要し                       | した費用    |  |       | 円              |    |     |          |
|        | 下記に該当する方は                             | <u>退職後に加入し</u>   | ていた保険者名と            | :記号番号を記入        | してく        | ださい。                        |         | /早   | 険者名   |                |    |     |          |
|        | ①退職等で当健保の                             | の資格喪失後3か   | 1月以内に死亡し            | た               |            |                             |         | 17.  | 灰 4 石 | 電話             | (  | )   |          |
|        | 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  |  |                     |                 |            |                             |         | 記力   | - 番号  |                |    |     |          |
|        | ③資格喪失後②の受                             | 受給終了後3か月   | 月以内に死亡した            | ·<br>-          |            |                             |         |  | ,     |                |    |     |          |
|        |                                       | ·) · b· L· or T  |                     | +++ /□ □∧ +/ +- | 4- امار وا | : +v a []u                  |         |  | ₩.    | <i>-</i>       |    |     |          |

業主証明欄

上

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。 証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証等)を添付してください。

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

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

| 振  | 金融機関コード | 1234        | 支店コード       |                | 123    |  |
|----|---------|-------------|-------------|----------------|--------|--|
| 先情 | 金融機関名称  | ••          | 銀 行<br>信用金庫 | 或 1」           |        |  |
| 報  | 預金種別    | 普通 その他 口座番号 | 1234567     | 口座名義<br>(カタカナ) | ケンポタロウ |  |

### 【添付書類】

- 1. 死亡した事を証明する書類(火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか一つ)の写し 2. 被保険者が死亡した場合で、生計維持されていなかったものが請求する場合は、「埋葬に要した費用」の領収書(原本) 3. 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外だが被保険者に生計を維持されていた者による請求の場合は、 亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)

| 個人釆早 | (被保険者証の記号番号を記入 | 1 た担合け記え不再) |
|------|----------------|-------------|
| 八    |                | した物 ロは引入り安し |

備※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。

考 ①通知力

·上記①i

| Chap (0,00%) [100, [10,0]] A hereof (3) belief (3) (0,00) [10,0] (10,00) | <u> </u> |       |   |
|--|----------|-------|---|
| 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  |       |   |
| 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 |   |
|  | 1        |       | 1 |