

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬付加金

実際に埋葬を行った人(行うべき人)をお書きください

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号		氏名(被保険者が死亡したときは、申請者の氏名)	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	300	123456	ケンボ	アキコ
			(氏)	(名)
			健保	明子
住所			生年月日	
〒110-0016 東京都台東区台東〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 38年4月28日	
事業所	名称	所在地		
	総合警備保障株式会社	〒107-8511 東京都港区三軒坂1-6-6		
	所属	事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」をお書きください		
〇〇〇支社 □□□営業所		番号など	— ××××	

申請内容	被保険者が死亡したとき	死亡した方の氏名	生年月日	申請者と死亡者との身分関係
		健保 光夫	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 37年10月15日 <input type="checkbox"/> 令和	妻
	被扶養者が死亡したとき	死亡した方の氏名	生年月日	被保険者との続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	死亡した日	令和 6年5月3日	死亡の原因	大腸がん
	第三者の行為による死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	埋葬に要した費用	500,000 円

事業主証明欄	死亡した方の氏名	月 日
	上記のとおり相違ないことを証明し	事業主証明欄は記入しないでください

《被扶養者が死亡した場合》●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私(この給付金の受領を下記代理人に委任します)	令和 年 月 日
	代理人	被扶養者(家族)が死亡した場合は、原則、事業主への委任 払いとなりますので、申請者欄を記入してください 受取代理人は本社の総合事務部長です 申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白のまま、本社の 総合事務部へ提出してください	
<input type="checkbox"/> マイナ		事業主経由で給与口座へ振り込みます	を利用します。

《被保険者が死亡した場合》●申請者の口座を指定してください。

振込口座	金融機関名称	×××	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他( )	□□□	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他( )
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> その他( )	口座番号(右詰め)	9 9 9 9 9 9 9	口座名義 カ幼ナ ケンボアキコ

被保険者(社員本人)が死亡した場合は、申請者の口座を記入してください

添付書類

申請者が当組合の資格がある場合は、添付書類は必要ありません

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、(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)

備考欄

被保険者死亡の場合、申請する方によって添付書類が異なります。  
(例)続柄のわかる書類、埋葬にかかった費用のわかる書類等  
事前に健康保険組合へお問い合わせください。