

**記入  
見本**

被保険者又は被保険者であった者の業務外の事由による死亡に対しては「埋葬料」が支給されます。死亡した被保険者により生計を維持されていた家族がいない場合は、埋葬を行った人に「埋葬費」が埋葬料の範囲内で支給されます。又、被扶養者である家族の死亡に対しては「家族埋葬料」が支給されます。

**被保険者が亡くなったときー埋葬料（費）**

【提出先】 カネカ健康保険組合

支給条件	①被保険者期間中の死亡 ②被保険者資格喪失後3ヵ月以内の死亡 ③資格喪失後、傷病手当金又は出産手当金を継続受給中の死亡 ④③の受給終了後、3ヵ月以内の死亡
支給対象者	死亡した被保険者により生計を維持されていた家族で埋葬を行った者（健康保険の被扶養者より広い範囲で、被保険者に生計の一部でも依存していた事実があればよい） 埋葬費は埋葬料を受ける者がいない場合、実際に埋葬を行った者に支給
支給額	50,000円（埋葬費は埋葬料の範囲内で、実際に埋葬に要した費用相当額）
必要書類	①健康保険証（返却） ②埋葬料（費）請求書 ③②に事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類（死亡診断書・埋葬許可証等の写） ④埋葬料を被扶養者以外の方が申請する場合は、生計維持を確認できる書類（住民票等） ⑤埋葬費請求の場合は、埋葬に要した費用の領収書（葬儀代、霊柩車代、埋葬料又は火葬料、霊前への供物代、僧侶の謝礼等）
支給日	20日締め、当月末支給

**被保険者 埋葬料（費）請求書**

被保険者（請求者）が記入するところ	健康保険証の記号・番号	記号 1000 番号 111111	事業所の名称	株式会社カネカ		
	死亡の年月日	令和 4年 12月 1日	死亡の原因	肺がん		
	第三者の行為によって死亡した場合には、その事実並びに第三者の住所及び氏名（住所及び氏名が不詳であるときはその旨）を記入ください。（別途書類の提出が必要です。） 交通事故等、第三者の行為により死亡した場合はこちらもご記入ください。					
	死亡したとき	被扶養者の氏名 亡くなられた家族が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後、家族の被扶養者となっておられ次に該当する場合は、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号をご記入ください。 ①資格喪失後、3ヵ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受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき				
	被保険者の氏名	健康保	死亡した被保険者の生年月日	昭和 38年 9月 1日 平成		
	埋葬料を請求するとき	埋葬を行った年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用(注2) 円		
	支払金融機関の欄（給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状も記入）	<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。） 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できません。				
		金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カカナ)
		〇〇銀行	〇〇●支店	普通当座	11111	ケンコウ ヨソコ
	委任状	被保険者	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 被保険者氏名	給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。		
	受取代理人（口座名義人）	住所 住（日中連絡先） 氏名				
備考欄	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、備考欄へ記載してください。（マイナンバー確認をする方）				本人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。 提出前に内容を確認の上、確認欄にチェック後、ご提出をお願いします。					
	埋葬料を被扶養者以外の方が請求する場合は、生計維持を確認できる書類（住民票等）の添付が必要です。		郵便番号 655-0000 被保険者住所 神戸市・・・ 請求者の氏名 健康 良子 電話番号 078-000-0000			
	本申請書の提出を事業主へ委任します（委任する場合は、事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。					
証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方	こちらに事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類（死亡診断書・埋葬許可証等のコピー）を添付してください。			
	所在地 事業所名称 事業主氏名					

# 被扶養者が亡くなったとき－家族埋葬料

支給条件	被扶養者である家族の死亡
支給対象者	被保険者
支給額	50,000円
必要書類	①健康保険被扶養者(異動)届(被扶養者削除) ②健康保険証 ③家族埋葬料請求書 ④③に事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書・埋葬許可証等のコピー)
支給日	20日締め、当月末支給

## 被保険者 家 族 埋葬料(費) 死亡されたご家族についてご記入ください。

被保険者(請求者)が記入するところ	健康保険証の記号・番号	記号 1000 番号 333333	事業所の名称 株式会社カネカ			
	死亡の年月日	令和 4年 12月 1日	死亡の原因 心不全			
	第三者の行為によって死亡した場合にはその事実並びに第三者の住所及び氏名(住所及び氏名が不詳であるときはその旨)			交通事故等、第三者の行為により死亡した場合はこちらもご記入ください。(別途書類の提出が必要です。)		
	被扶養者の氏名	健康 花子	被扶養者の生年月日	昭和 平成 25年 9月 1日 令和	続柄	母
	亡くなられた家族が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に被扶養者として認定された方で次に該当する場合は、被保険者として加入していた保険者名と記号・番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき					
	被保険者が死亡したとき	被保険者	死亡した被保険者の生年月日			
	埋葬料を請求するとき	埋葬を行った年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円	
	支払金融機関(給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状も記入)	<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、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	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カカナ)	
○○銀行		●●●支店	普通当座	11111	ケンカ ヨソ	
委任状	被保険者	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。			給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。	
		令和 年 月 日				
	受取代理人(口座名義人)	住所				
		TEL(日中連絡先)				
		氏名	被保険者との続柄			
備考欄	提出日も必ずご記入ください。					
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、備考欄へ記載して(マイナンバー確認をする) <span style="color: red;">マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。</span>						
<input checked="" type="checkbox"/>	上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。					
令和 4年 12月 10日	郵便番号 655-0000		住所 神戸市...			
提出前に内容を確認の上、確認欄にチェック後、ご提出をお願いします。	被保険者(請求者)の氏名 健康 健太郎		電話番号 078-000-0000			
	請求者と死亡した被保険者との続柄又は身分関係 <span style="color: red;">事業主経由で提出する場合は、口 にチェックが必要です。</span>					
<input type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合)					

証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
	こちらに事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書・埋葬許可証等のコピー)を添付してください。		
	上記のとおり相違ないことを証明する。		
	所在地	事業所名称	事業主氏名