

**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－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25日支給 |

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 | 平成 令和 | 3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） | | 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。） | | | |
| | 死亡したとき | 被扶養者の氏名 | 被扶養者の生年月日 | 被扶養者の続柄 | 死亡したとき、被扶養者として生計維持関係にない方が埋葬を行った場合で、埋葬費を請求される場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。 | |
| | 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 平成 | 38年 9月 1日 | |
| | 死亡した方が、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ヵ月以内に亡くなったとき 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ったとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなったとき | | | |
| | 埋葬料を請求するとき | 埋葬を行った年月日 | 平成 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） | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義（カタカナ） |
| | | 〇〇銀行 | 〇〇●支店 | 普通 当座 | 11111 | ケンコウ ヨシコ |
| | 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 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が） | | | | |
| | <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。 | | | | |
| | カネカ | 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。 | | 郵便番号 | 655-0000 | |
| | | 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。 | | 被保険者住所 （請求者）の氏名 | 神戸市・・・ 健康 良子 | |
| | | | 電話番号 | 078-000-0000 | | |
| <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） | | | | | |
| 証明する主が欄 | 死亡した方の氏名 | 死亡した方 | | | | |
| | 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 | 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。 | | | | |

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 | 平成 3年 12月 1日 令和 | 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 22年 9月 1日 平成 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。 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ったとき 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 重複支給をふせぐために、該当の場合は必ずご記入ください。 | | | | | | |
| | 被保険者 | 死亡した被保険者 | 記号 | 番号 | 年 | 月 | 日 |
| | 亡くなられた方が、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、資格埋葬料を請求するときは | | | | | | |
| | 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) | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) | |
| | 委任状 | 被保険者 | 令和 年 月 日 | 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。 | | | |
| | 備考欄 | 提出日も必ずご記入ください。 | | 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。 | | | |

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 3年 12月 10日 郵便番号 655-0000
 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。 殿 被保険者住所 神戸市...
 (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

本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合) 事業主経由で提出する場合は、口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 | 死亡した年月日 |
| | 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 | | |
| 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。 | | | |