

| | | | | | |
|-----------------------|-------|---|------|-----|----|
| 健 保 記 入 欄 | 支 給 額 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | | | | |

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・付加金支給申請書
家 族

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|-------|-------------|------|-------------|-------------|--------|---|------------------------|-------------------|----------|
| 被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ | 提出日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 被保険者証 記号番号 | 記号 | 被保険者 氏 名 | | 所属及び 部署名 | | 電話 () | | | | |
| | | 番号 | | | | | | | | | |
| | 死亡した者 の氏名 | | | 生年月日 | 昭 ・ 平 | 年 | 月 | 日 | 死亡した者と 申請者の 身分関係 | | |
| | 死亡した 原因 | | | | | | | | | 第三者行為に よるものですか | いいえ ・ はい |
| 死亡した 年月日 | 平 ・ 令 | 年 | 月 | 日 | 埋葬した 年月日 | 平 ・ 令 | 年 | 月 | 日 | 埋葬に 要した費用 | 円 |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p>被保険者 (申請者) 氏 名 ①</p> <p>電 話 ※親族以外(第三者)の場合のみ、押印ください。</p> <p>大気社グループ健康保険組合 理事長殿</p> | | | | | | | | | | | |

- ◎ 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1つを添付(写)するか事業主の証明を受けてください。
- ◎ 被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本(費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。
- ◎ 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の方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)を添付してください。

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事 業 主 の 証 明 す る 欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | |
| | 事業主氏名 | | | | | | | | | |
| 電 話 | | | | | | | | | | |

受付日付印

| | |
|--------|-------------------------------------|
| 給付金振込先 | 給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。 |
|--------|-------------------------------------|

* 被保険者が死亡した場合は、『給付金振込口座届』にて埋葬料(費)の振込先を指定してください。