

健康保険組合記入欄

<記入例>

健康保険 被保険者
家族 埋葬料(費)・付加金支給申請書

被保険者(申請者)が記入するところ	提出日	令和〇年〇月〇日	
	被保険者証 記号番号	記号	××
		番号	△△△△
	被保険者氏名	健康一	
	所属及び部署名	〇〇〇部 電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
死亡した者の氏名	健花江	生年月日	昭平 3 3 1 2 0 7
死亡した原因	胃癌	死亡した者と申請者の身分関係	妻
死亡した年月日	平令 〇 〇 〇 〇 〇 〇	埋葬した年月日	平令 〇 〇 〇 〇 〇 〇
埋葬に要した費用			860,000 円
上記のとおり申請します。			
住所 〒 住所をご記入下さい			
被保険者(申請者) 氏名 健康一 (印)			
電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 ※親族以外(第三者)の場合のみ、押印ください。			
大気社グループ健康保険組合 理事長殿			

- ◎ 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	事業所が記入・証明する欄
	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。