K0304-D

（注意事項）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者**  **家 族**  **埋葬料(費)支給申請書** | 電話 | | 電話 | |
| 事業主（所）健保責任者 | 事業主（所） 健保担当者 | 所属上長 | 庶 務 係 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主（所）記載欄  適用事業所記号 | | |
|  |  |  |

　　　　　　１．在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者(退職者及び被保険者本人死亡)は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先(申請者名義)をご記入ください。

２．死亡日が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。ただし、被保険者本人死亡の場合は、振込先(申請者名義)をご記入ください。

　　　　　　　　　３．死亡診断書（写）、死体検案書（写）又は市区町村長の埋葬許可証（写）を添付するか死亡に関する事業主証明のいずれかが必要です。

　　　　　　　　　４．被保険者が死亡した場合は、被扶養者または被扶養者以外の遺族（配偶者・子・父母・兄弟姉妹）が申請してください。埋葬料として支給します。上記対象者がいない場合は、埋葬を行った者が埋葬費として申請し、

この場合は埋葬に要した費用の領収書（原本）を添付してください。また、被扶養者以外の方が埋葬料を申請される場合は、被保険者との続柄が確認出来る書類（写）も添付してください。

　　　　　　　　　５．死因が外傷で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

申　請　者　記　載　欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 会社名 | |  | | | | | 被保険者証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | |
| 記　号 | | | | | | 番　　号 | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 所 属 | |  | | | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |
| 生年月日 | | | S・H 年　　　月　　　日 | |
| 死亡者の  氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | 被保険者  との続柄 | | | |  | | | | | 死　亡  年月日 | | | Ｈ・Ｒ　年 月 日 | | |
| 生年月日 | S・H・R　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者が死亡した  場合の申請者の続柄 | | | |  | | | | 埋葬に要した費用 | | | | | | | | | 円  ※埋葬費として申請するときのみ記入。領収書原本を添付 | | | | | | | | | | | | |
| 死 亡 の 原 因 | | | | 【病死及び自然死】  　□病死（病名：　　　　　　　　　　　　　　　）□老衰  【不慮の外因死】  　□交通事故　　□転倒・転落　　□溺水　　□煙・火災による傷害　　□中毒  　□自殺　　□他殺　　□その他不詳の死（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為に  よる死亡ですか | | | | □はい  □いいえ | | 第三者行為に  よる死亡の場合 | | | | | | | | | □第三者が不明　　□第三者から埋葬料（費）の補償がない  （第三者から埋葬料（費）の補償がある場合は健康保険組合への埋葬料（費）の申請はできません） | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡が第三者行為に  よるときは加害者の | | | | 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | 電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意事項１･２参照）  給付金受取方法 | A.会社経由での支給 ＊在職中の方は会社経由 | | | | 【委任状】 | | | | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。  令和　　 年　　 月　　 日　被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B.個人への直接支給  ＊退職（予定）者のみ可  【退職日】 H・R　　　年　　　月　　　日 | | | | 退職者用  【振込先】 | | | | 銀行  **ゆうちょ銀行不可** | | | | | | | | | | | | | 支店 | | | | | | | 普通 ・ 当座 |
| 口座 番号 | | |  | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | |
| 名義人 | | | |  | | | |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  〒  住所  被保険者  （申請者）  　氏名  電話  東芝健康保険組合 御中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主証明欄 | 死亡した者の  氏　　　　名 |  | 死　亡  年月日 | Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　事業所　所在地  　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　事業主　氏　名 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合記載欄 | **支 給 決 定 額** | | **支 払 先 コード** | **支 給 年 月 日** |
| 本人･家族埋葬料 | 円 |  | 令和 |
| （備考欄） | |
| 埋　葬　費 | 円 |

* 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。