

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

(注意事項) 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。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。

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料として申請し、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. 死亡が外傷で、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。

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

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	生年月日	S・H・R	年	月	日	被保険者との続柄	死亡年月日	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	<input type="checkbox"/> 病死及び自然死 <input type="checkbox"/> 病死(病名:) <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> 不慮の外因死 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 煙・火災による傷害 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> その他不詳の死()										
第三者行為による死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		第三者行為による死亡の場合		<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 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場合は加害者の	住所	〒									
	氏名	電話 ()									
給付金受取方法 (注意事項1・2参照)	この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 【委任状】 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____										
	A.会社経由での支給 *在職中の方は会社経由	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】	ゆうちょ銀行不可	銀行	支店	普通・当座			
			口座番号		フリガナ			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。						
	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		令和
	円	(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。