

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書 家族 同付加金

受付年月日	支払年月日

太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	⑦ 被保険者証 記号・番号	-	① 被保険者 (申請者) 氏名・印		⑧ 生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日				
	⑨ (申請者) 住所・TEL	〒 TEL	事業所名称 所在地 勤務地 【部署名】	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 【 】						
	⑫ 死亡した 年月日	令和 年 月 日	⑬ 死亡原因	「ケガ」の場合は⑫に記入		⑭ ● 第三者行為によるものですか 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 介護保険法のサービスを受けていたとき				
	A. 被扶養者が死亡したための申請であるとき									
	被扶養者氏名	生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険 者との続 柄	被保険者番号	保険者番号	保険者名称			
B. 被保険者が死亡したための申請であるとき										
被保険者氏名	被保険者からみ た申請者との 身分関係	埋葬した 年月日	令和 年 月 日	● 埋葬に要した費用の額 ※被扶養者が申請者の 場合は記入不要	法第3条2項被保険者 として支給を受けた時は その金額(減額調整)					
⑯ 資 格 喪 失 後 の 給 付	亡くなられた方は、退職等により健康保険の資格喪失後に 当健保の被扶養者の認定を受けた方(⑰)、または 当健康保険喪失後にご家族の被扶養者となった方(⑱)で 次の【要件】に該当している時、右の欄に記入してください 【要件】被保険者であった方が退職等により資格喪失後、 ①3ヶ月以内に亡くなられたとき ②傷病手当金や出産手当金を引続き支給中に亡くなられたとき ③②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき			<input type="checkbox"/> 『⑰被扶養者』の方で虹技健康保険の扶養認定前にご自身が被保険者であった方は、そ の当時の健康保険の保険者名と記号番号を記入 <input type="checkbox"/> 『⑱被保険者』の方で虹技健康保険の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった 方は、被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号番号を記入 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">保 険 者 名</td> <td style="width: 50%; border: none;">記 号 番 号</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>			保 険 者 名	記 号 番 号		
保 険 者 名	記 号 番 号									
被保険者のマイナンバー記載欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)										

事 業 主 の 証 明	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者	死亡した 年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		事業所所在地	
	令和 年 月 日	事業所名称		⑲
		事業主氏名		

受 領 方 法	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)					
	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)					
	銀行・信用金庫 農協	本店・支店 出張所	普通・当座	口座 番号		
	年 月 日	被保険者氏名・印			⑳	

受 取 代 理 人	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 (申請者) 氏名・印	㉑	住所	「被保険者(申請者)記入欄」の住所と同じ	被保険者との関係	
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL	()	(7カカナ) 氏名・印	㉒

※ 健 保 組 合 記 入 欄	決 議	支給決定額	埋葬料(費)	埋葬料(費)付加金	報酬月額	常務理事	事務長	担当者	
		円	円	円	千円				
		支給決定年月日	死亡年月日	埋葬年月日					
年 月 日	年 月 日	年 月 日							

○被保険者・家族(被扶養者)埋葬料:5万円
 ○埋葬費:5万円までの費用相当額
 ○[埋葬料付加金]被保険者:月額5/100 (上限5万円)、家族(被扶養者)埋葬料の
 5/100(2,500円) ㉓埋葬費については付加金はありません

埋葬料(費)の支給要件について

※任意継続加入者も同様

	被保険者が亡くなったとき		被扶養者が亡くなったとき
申請種別	1) 埋葬料		1) 家族埋葬料
支給額	5万円		5万円
付加金	3) 埋葬料付加金 月額5/100(上限5万円)		3) 埋葬料付加金 埋葬料の5/100
申請者	㉔ 被扶養者	㉕ 被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方	㉔㉕以外で実際に埋葬を行った方
提出書類	申請書「事業主による死亡の証明」 ※証明を受けられない場合や任意継続加入者は別途、下記添付書類を提出して下さい。		
添付書類	不要 事業主証明がない場合 ①～④のいずれか	同居の場合④ 別居の場合⑤	⑥
	不要 事業主証明がない場合 ①～④のいずれか	①埋葬許可書または火葬許可書の㉙	②死亡診断書または死体検案書、検視調書の㉙
		③亡くなった方の戸籍(除籍) 謄(抄)本	④住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)
		⑤生計維持を確認できる書類(仕送りの事実や被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収証㉙など)	
		⑥埋葬費用の領収書、明細書(原本。支払った方のフルネームが記載されているもの)	
	<ul style="list-style-type: none"> 任意継続被保険者(被扶養者)は①～④の死亡が確認される書類のいずれかを必ず添付 死亡の原因が負傷による場合は『負傷原因届』、第三者による場合は『第三者行為による負傷原因届』を添付。 死産のときは不支給。ただし出産後2～3時間で死亡の場合は支給。* 業務上および通勤途上による場合は支給対象外。 		

1) 埋葬料について

◆被保険者が業務外の事由により亡くなった場合

亡くなった被保険者により生計を維持されていた方(*1)に「埋葬料」として5万円が支給されます。

(*1)被保険者により生計の一部を負担された者であれば、被扶養者でなくても同一世帯でなくてもかまいません。

例：共働きで各人の健康保険の被保険者

◆被扶養者が亡くなった場合

被保険者に「家族埋葬料」として5万円が支給されます。

※「埋葬料」は、死亡の事実またはその確認があれば支給されるもので、埋葬を行ったことは要件とされていません。

例：仮埋葬や葬儀を行わない場合でも支給されます。

2) 埋葬費について

◆埋葬料を受けられる方がいない場合

死亡した被保険者に家族がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料(5万円)の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する「埋葬費」が支給されます。

※「埋葬費」は、実際に埋葬を行った方に支給されるため、埋葬を行った事実は必要であり、埋葬を行った後でなければ埋葬費を請求することができません。

※実際に埋葬に要した費用は祭壇一式料のほか、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼などの実費額

3) 埋葬料付加金について

㉔「埋葬費」に対しての付加金はありません

1) の「埋葬料」に、被保険者が亡くなったときには被保険者の月額5/100(上限5万円)を被扶養者に、被扶養者が亡くなったときには家族埋葬料(5万円)の5/100(2,500円)を被保険者に付加金として支給されます。

◆資格喪失後の埋葬料(費)◆ ㉕被保険者の資格喪失後に被扶養者だった方が亡くなっても、家族埋葬料は支給されません。

被保険者がその資格喪失後に亡くなり、次のいずれかに該当する場合は、埋葬料・埋葬費が支給されます。

①被保険者だった方が、資格喪失後3ヶ月以内に亡くなったとき

②被保険者だった方が資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている間に亡くなったとき、もしくは、当該給付を受けなくなってから3ヶ月以内に亡くなったとき

*** 埋葬料(費)に関するお問い合わせは 虹技健康保険組合 ☎直通 079-236-5673 内線(東) 230、239まで***