# 健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

健保組合記入

決

議

支給決定年月日

月

 $\Box$ 

年

【提出先】被保陝有(中謂有) → 健保組合						
受付年月日	支払年月日					

	太枠内をご	記入ください。		ŕ	和 年	月 日			<u> </u>			
	_ 被保険者等	在	被	保険者				。生年	昭和 平成	令和		
	② 記号・番号	_		申請者)			<b>(FI)</b>	⑦ 月日			_	
	10 У Ш 3		氏名	名・印			. 47		\ <del>\</del>	年	月	日
	被保険者	一				事業所名 所在地		. <b>技 株式会</b>			Z-1441	
	① (申請者)					才 勤務地	7,1		勘兵衛町4]  7 東京 北			ИИ
	住所·TEL	Ter				【部署名		II メŒルロハノ1 <b>『</b>	A 本小 10P	± 11∟	1 <u>+</u> 10/0	/11
		TEL		1.				\ - 77==	+/		1	
	。死亡した	令和			ケガ」の場合は	(例に記入			<b>者行為によるも</b>			
被	毎月日	年	年月日の年の日は、日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日						場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください			ださい
保	1,73							□ (±\\\ □ \\\				
険	A. 被扶養者が死亡したための申請であるとき								護保険法のサーし 1	ころを受け	ていたとき	
者	711 11237	R   10 / 0 C O / C / C / C / C / C / C	7 1 113 C 03 G C					保険者番号				
$\overline{}$	被扶養者氏	<b>-</b> 4	生年	昭和 平成 令和	0	被保険者との続		被保険者番号	+			
申	収込良日レ		月日	年	月 E	日 柄		保険者名称	i.			
請				_				●埋葬に要	した費用の額	法第3	条2項被保	険者
者	B. 被保	険者が死亡したための	)甲請であると	<b>1</b> 5					らが申請者の 		給を受けた	
			被保険者	≚th64		A 70		場合は	記入不要	その金	額(減額調	整)
記	被保険者氏	名	た申請		埋葬した	令和						
入			身分队		年月日	年 月	日		円			円
欄		られた方は、退職等により健康の	呆険の資格喪失後に	_	□『⑦被扶着	§者』の方で虹技健	康保険の	扶養認定前	にご自身が被化	呆険者で	あった方は	、そ
IIVJ		保の被扶養者の認定を受けた方			の当時の	建康保険の保険者	名と記号	番号を記入				
格 当健康保険喪失後にご家族の被扶養者となった方(④)で							恵保除の	<b>倹の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった</b>				
	要 次の 失	【要件】に該当している時、石の欄	に記入しくたさい			夫養者として加入し						JIC
	後 【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				保険者名 記号番号					号		
	②傷病手当金や出産手当金を引続き受給中に亡くなられたとき 給 ③②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき											
	付	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,									
	被保険者	のマイナンバー記載欄(被保険マ	<b>音等記号番号を記</b>	入した場合は	不要です)							
事							死亡し	た 令和				_
業	死亡したス	ちの氏名			被保険者	省・被扶養者	年月			年	月	日
主	F≣ov	 ごおり相違ないことを証明する	 {	車 类 7	 听所在地		1 / 3					
の			) o		所名称							
証	令和	] 年月日									(FI)	
明				争 耒	主氏名							
		=======================================	+ <i>E</i> =	U 55 Az ± 1	- 1- 12							
	□ 本甲	請書に基づく給付金は、社	内便にて受け取	り、受領書を	と返送します。	(※1万円未満)						
受領	□ 本申	請書に基づく給付金は、被	保険者名義の下	下記金融機関	夏口座に振込	み願います。	※1万円以	上)				
方		銀 行 ・	信用金庫		本店·支店		座					
法		農	協		出 張 所	百四:日庄	号					
		年 月 日		被保険者	· 氏 夕 · 印					(EII)		
		1 /1 11		以外次省	₩.H H,					(FIT)		
		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
受	被保険者		に対する文原で「								,,	
取	(申請者)	氏名·印		₽	住所   「被保障	食者(申請者)記入欄	川の住所と	同じ 被保険	食者との関係			
代四	/b.rm	〒 -		Tel	(	)						
理	代理人 (口座名義人)	住所			`	,	フリカ゛ナ)				_	
人	(ロ/エ・ロチミノへ)					E	名·印				₽	
*		支給決定額	埋葬料(費	)   埋葬	料(費)付加金	<b>全</b> 報酬月額		常務理事	事務長	1	担当者	

円

 $\Box$ 

死亡年月日

月

年

埋葬年月日

月

日

年

○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

5/100(2,500円) ④埋葬費については付加金はありません

○[埋葬料付加金]被保険者:月額の5/100 (上限5万円)、家族(被扶養者)埋葬料の

### 埋葬料(費)の支給要件について

※任意継続加入者も同様

	被	被扶養者が亡くなったとき					
申請種別	1)	埋葬料	2)埋葬費	1)家族埋葬料			
支給額	5	5万円	5万円の範囲内で 埋葬に要した費用	5万円			
付加金		<b>葬料付加金</b> 〇〇(上限5万円)		<b>3)埋葬料付加金</b> 埋葬料の5/100			
申請者		B 被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方	AB以外で実際に 埋葬を行った方	被保険者			
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。						
	<b>不要</b> 事業主証明がない場合 ①~④のいずれか		6	<b>不要</b> 事業主証明がない場合 ①〜④のいずれか			
添付書類	①埋葬許可書または火葬許可書の⑨ ②死亡診断書または死体検案書、検視調書の⑨ 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⑨な 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)						

- ◎ 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、外口の事実またはその確認かあれは支給されるもので、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

④「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の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)◆ ③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、204まで\* \* \*