

健康保険 被保険者・被扶養者 埋葬料（費）申請書

請求者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	—		事業所の名称			
	被保険者 死亡した 被扶養者	氏名	続柄（ ）	被保険者 死亡した 被扶養者	の生年月日	年 月 日	
	死亡した年月日	年	月	日	死亡の原因		
	第三者の行為によるものですか ○で囲んで下さい	は い ・ いいえ		「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を別途提出して下さい。			
	死亡を証明する添付書類 を○で囲んで下さい (※右記いずれかの写しを添付)	死亡診断書 ・ 埋葬許可証 ・ 火葬許可証 ・ 死体検案書 ・ 検視調書 ※下記〈事業主証明欄〉に事業主の証明がある場合は、添付不要					
	被保険者が死亡したための 請求である場合、請求者の情報 * 請求者が被保険者である場合は この欄（ア）～（エ）の記入不要 * 請求者が（ウ）の場合は、 <u>埋葬 に要した費用の領収書</u> を添えて下 さい。（費用の内訳として品名、数 量、単価および金額が明記してある こと）	（ア）被保険者との続柄（身分関係）					
		（イ）請求者の加入の有無		当健保の被扶養者で ある ・ ない			
		（ウ）上記（ア）（イ）で請求者が被扶養 者や遺族でない場合に記入		埋葬日	年	月	日
				埋葬に要した費用		円	
		（エ）埋葬料等の 振込先 （被保険者死亡の請求 の場合ご記入下さい） ※ゆうちょ銀行は不可	振込口座	銀行 金庫 農協	本店 支店		
		口座番号	普通 ・ 当座 No.				
		口座名義	（カタカナ）				
本件給付金を上記のとおり請求いたします。 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。（※） <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">〒</div> 被保険者 住 所 （請求者） 氏 名 電 話 A I G 健康保険組合理事長 殿 （※）給付金は、毎月 15 日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。（任意継続者は、翌月 20 日登録口座へ振込）							
事業主証明欄	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡年月日	年 月 日	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 事業所名 所在地 〒 事業主名 電 話						

※太枠内の各項目欄に必要事項をご記入下さい。（裏紙での申請不可）

【提出先】死亡を証明する書類の写しを添付の上、(社)ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。 受付印

住所: 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 松下IMPビル19階
 社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て
 但し、任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合へ提出して下さい。