**健康保険 被保険者・被扶養者 埋葬料（費）申請書**

**【メール提出不可】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **被保険者証の****記号・番号** | **―** | **事業所の名称** |  |
|  **被保険者****死亡した 氏名** **被扶養者** |  | **被保険者****死亡した の生年月日****被扶養者** | 　　　　年　　月　　日 |
| 続 柄（ 　　　 ） |
| **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、埋葬に要した費用の領収書と明細書※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) 請求者が被扶養者や遺族※以外の場合に記入 （※被保険者の収入によって生計維持されていた方） | 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） | 振込口座 | 銀行金庫農協 | 本店支店 |
| 口座番号 | 普通　・　当座 　№ |
| 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。（※） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日　　　　　　　　　　　　〒被保険者　 　住 　 所（請求者）　 氏 　 名 　　電 話ＡＩＧ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。 |  |  |  |
| 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |  |
| 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　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。

　　2023/4