

【メール提出不可】

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	(ア) 被保険者との続柄(身分関係)					
	* 請求者が被保険者である場合は この欄(ア)～(エ)の記入不要	(イ) 請求者の加入の有無	当健保の被扶養者で ある・ない				
	* 請求者が(ウ)の場合は、 <u>埋葬 に要した費用の領収書と明細書</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)	(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	
		(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	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。(※) 〒 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。 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な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。

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。

受付印