

記入例

健康保険 被保険者・被扶養者 埋葬料（費）申請書

被保険者証の 記号・番号	3 — 12345	事業所の名称	医療生命保険会社	
死亡した 被扶養者 氏名	山田 五郎 続柄 ()	死亡した 被扶養者 の生年月日	昭和34年 9 月 15 日	
死亡した年月日	令和4年 3 月 31 日	死亡の原因	肺炎	
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・検視調査書 ※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を添えて下 さい。(費用の内訳として品名、数 量、単価および こと)	(ア) 被保険者との続柄(身分関係)	妻		
	(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 口座番号	振込口座 エーアイジー	銀行 金庫 農協	本店 錦糸町 支店
本件給付金を 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。	①振込先は、銀行または信用金庫をご指定下さい。 ②口座名義はカタカナで記入して下さい。	普通・当座	No. 1234567	
令和4年 4 月 5 日		〒123-0000 被保険者 住 所 東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2 (請求者) 氏 名 山田 花子 電話 03-xxxx-xxxx		
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)				
死亡した者の氏名	山田 五郎	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡年月日 令和4年 3 月 31 日
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和4年 4 月 8 日 事業所名 医療生命保険会社 所在地 〒130-0001 東京都墨田区××町△-○ 事業主名 代表取締役 健康 大事 電話 03-1234-5678		会社の社会保険担当部署で証明を受けるか、 「区市町村長の埋葬・火葬許可証」「死亡診断書」等の 死亡に関する証明書類を添付して下さい。		

※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。

