**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】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **被保険者等**  **記号・番号/Global ID** | **‐**/ | | | | | | | | **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。

2024/12