

【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		続柄（ ）		被保険者 死亡したの生年月日 被扶養者	
	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)		(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
			(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
					口座番号	普通 ・ 当座 No.
				口座名義	(カタカナ)	
事業主証明欄	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 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		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。
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。

