

【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

請求者の記入するところ	被保険者等記号-番号/Global ID	被保険者の氏名	被保険者生年月日
	- /		年 月 日
	死亡した方の氏名	死亡した方の生年月日	死亡年月日
		年 月 日	年 月 日
	死亡の原因	第三者行為によるものですか	
		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	死亡を証明する添付書類を○で囲んでください		
	死亡診断書(写)・埋葬許可証(写)・火葬許可証(写)・死体検案書(写)・検視調書(写)		
	※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		
	●家族(被扶養者)が死亡した場合		
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後にAIG健保の被扶養者の認定を受けた方で、次に該当しますか。			
①亡くなられたご家族がAIG健保の前に加入していた健康保険の資格喪失後、3カ月以内に亡くなった			
②傷病手当金や出産手当金を受給中に亡くなった			
③②の受給終了後、3カ月以内に亡くなった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
●被保険者が死亡した場合			
請求者名	被保険者との続柄	(埋葬日)※	(埋葬に要した費用)※
		年 月 日	円
※埋葬日・埋葬に要した費用は請求者が被扶養者や遺族以外の場合に記入してください。その場合は埋葬に要した費用の領収書と明細書(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)を添付してください。			
埋葬料等の振込口座		口座番号	
銀行・金庫・ その他		本店 普通・当座・貯蓄・ 支店 その他() No.	
口座名義			
(カタカナ)			
本件給付を上記のとおり申請いたします。			
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			
AIG健康保険組合理事長 殿	被保険者(申請者)氏名: _____		
	電話番号: _____		
	住所: 〒 _____		
(※)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) 被保険者が死亡の場合は、埋葬料等の振込口座へ振込となります。			
事業主証明欄	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
		被保険者・被扶養者	年 月 日
	上の通り相違ないことを証明します。		年 月 日
	事業主名		
所在地 〒			
事業主名		電話	

【添付資料】死亡を証明する書類

【提出先】

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

任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合へ提出してください。

2026/4