

【メール提出不可】

記入例

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		1 - 12345 / 9999999		事業所の名称		○△◇株式会社					
	被保険者 死亡した氏名 被扶養者		健保 喜郎 続柄（実父）		被保険者 死亡したの生年月日 被扶養者		●●年 ●月 ●日					
	死亡した年月日		▲年 ▲▲月 ▲▲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					
			（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 〒123-0000 被保険者 住所 東京都○○区○○町5-3-2 （請求者）氏名 健保 太郎 電話 03-××××-△△△△ 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		健保 喜郎		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 ○△◇株式会社 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。

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 AI G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

2024/12