

|               |  |        |  |  |      |  |        |  |  |
|---------------|--|--------|--|--|------|--|--------|--|--|
| 保険給付費支給決定並支払伺 |  |        |  |  | 起案   |  |        |  |  |
| 総支給金額         |  | 金 円    |  |  | 取得   |  | 喪失     |  |  |
| 本人死亡          |  | 法定 金 円 |  |  | 家族死亡 |  | 法定 金 円 |  |  |

**健康保険被保険者家族埋葬料（費）支給申請書**

※ 死亡について事業主の証明が受けられない場合、または任意継続被保険者が申請する場合は、死亡診断書（死体検案書）写し、若しくは、埋（火）葬許可証写しを添付してください。

※ 埋葬料の申請の場合は、埋（火）葬に要した費用の領収書原本（申請者の氏名が記載されたもの）、及び費用の明細書写しを添付してください。

|   |  |                   |   |                |            |  |
|---|--|-------------------|---|----------------|------------|--|
| 被保険者（申請者）が記入するところ   | 被保険者証記号番号  | 記号                | 番号  | 被保険者(申請者)氏名及び印 | 印          |  |
|   | 被保険者(申請者)住所  |                   | 〒   |                |            |  |
|   | 死亡した年月日  |                   | 平成 年 月 日  | 死亡原因           | TEL - -    |  |
|   | 第三者の行為によるものですか   |                   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい :「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください |                |            |  |
|   | <b>●被保険者が死亡したための申請であるとき</b>  |                   |   |                |            |  |
|   | 被保険者氏名   | 死亡した被保険者と申請者の身分関係 |   |                |            |  |
|   | 埋葬年月日  | 平成 年 月 日          | 埋葬に要した費用  | 金 円            |            |  |
|   | 亡くなられた方が、退職等により愛知県情報サービス産業健保組合の資格喪失後3ヶ月以内の申請で、資格喪失後に家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入してください |                   |   |                |            |  |
|   | 保険者名(健保組合名)  | TEL - -           |   | 記号番号           |            |  |
|   | <b>●被扶養者が死亡したための申請であるとき</b>  |                   |   |                |            |  |
| 被扶養者氏名  | 生年月日   | 昭和 平成 年 月 日       | 続柄  |                |            |  |
| 亡くなられた方が、退職等により愛知県情報サービス産業健保組合の資格認定後3ヶ月以内の申請で、資格認定前に自身で健康保険に加入していたときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入してください |  |                   |   |                |            |  |
| 保険者名(健保組合名)   | TEL - -  |                   | 記号番号  |                |            |  |
| <b>●亡くなられた方が、介護保険法のサービスを受けていたとき</b>   |  |                   |   |                |            |  |
| 市町村番号   | 受給者番号  | 発行機関名             |   |                |            |  |
| 委任状   | 本申請書にもとづく給付金の受領を下記の者に委任します。  |                   |   |                |            |  |
|   | 平成 年 月 日   | 被保険者氏名及び印         |   | 印              |            |  |
|   | 委任された者の事業所所在地  |                   |   |                |            |  |
|   | 事業所名称<br>代表者氏名及び印  |                   |   |                |            |  |
| 事業主が証明するところ   | 死亡した者の氏名   | 死亡した者             | 被保険者被扶養者  | 死亡した年月日        | 平成 年 月 日死亡 |  |
|   | 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>平成 年 月 日<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>代表者氏名及び印                                     |                   |   |                |            |  |
| <b>被保険者死亡による申請のときに記入するところ</b>   |  |                   |   |                |            |  |
| 振込希望の銀行名  |  | 本・支店名             | 口座種別  | 口座番号           | 口座名義人      |  |
|   |  |                   | 1.普通  |                | フリガナ       |  |
|   |  |                   | 2.当座  |                | -----      |  |
| 備考欄   |  |                   |   |                |            |  |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要ですが、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)