

事業所担当印

① 2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

|                     |              |   |  |
|---------------------|--------------|---|--|
| 被保険者<br>(申請者)<br>情報 | 被保険者証の記号     | 番号  | 生年月日   |
|                     | 18           | 112346  | 年 月 日  |
|                     | フリガナ         | けんぼ じろう                                       | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
|                     | 被保険者(請求者)の氏名 | 被保険者が無くなられた場合は、請求者氏名<br>被扶養者が無くなられた場合は、被保険者氏名 | 電話番号(日中の連絡先)   |
|                     | 〒 105 - 0022 | 東京都港区芝1丁目1番1号 コスモマンション301号室                   | 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇   |
| 事業所名称               | コスモ石油        | 所在地   | 東京都港区芝浦1-1-1   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| 申請内容  | 死亡年月日   | 死亡原因               | 第三者の行為によるものですか  |
|   | 令和 〇 年 〇 月 〇 日  | 死亡診断書に記載の<br>原因を記入 | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ   |
|   | 埋葬した年月日   | 葬儀の日付を記載してください     | 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい  |
|   | 令和 年 月 日  |                    |   |
|   | ●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき  |                    |   |
|   | ご家族の氏名  | 健保 幸子              | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
|   | 被保険者との続柄  |                    | 母   |
|   | 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被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき<br>③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき |                    |   |
|   | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ   |                    |   |
|   | 「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。   |                    |   |
| 保険者名  |   | 記号・番号              |   |
| コスモエネルギーグループ健康保険組合  |   | 令和 年 月 日           |   |
| 委任状   | 上記のとおり申請いたします。<br>上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。  |                    |   |
| 被保険者氏名  |   |                    |   |
| ●被保険者が死亡したための申請であるとき  |   |                    |   |
| 被保険者の氏名   | 被保険者から見た申請者との身分関係   |                    |   |
| 埋葬に要した費用の額  |   |                    |   |
| 円   |   |                    |   |
| 亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき<br>③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき |   |                    |   |
| <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |   |                    |   |
| 「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。  |   |                    |   |
| 保険者名  |   | 記号・番号              |   |
| ●介護保険法のサービスを受けていたとき   |   |                    |   |
| 保険者名称   | 保険者番号   | 被保険者番号             |   |

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

|         |        |    |                              |      |                       |
|---------|--------|----|------------------------------|------|-----------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 〇〇 | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他 ( ) | 〇〇   | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |
|         | 種別     | 普通 | 当座                           | 口座番号 | 〇〇〇〇〇〇                |
|         | フリガナ   |    |                              |      | 〇〇〇〇                  |
|         | 口座名義   |    |                              |      | 〇〇〇〇                  |

|        |                          |                     |       |   |     |
|--------|--------------------------|---------------------|-------|---|-----|
| 事業主証明欄 | 氏名                       | 被保険者・被扶養者の別         | 死亡年月日 |   |     |
|        | 死亡した方の                   | 被保険者 被扶養者           | 令和    | 年 | 月 日 |
|        | 上記のとおり相違ないことを証明する。       |                     | 令和    | 年 | 月 日 |
|        | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 | この欄は事業主にて証明をお願いします。 |       |   |     |

【添付書類(コピーと指定してないものは、原本が必要です。)】 必要な添付書類を以下よりご確認ください。

|  |  |
|--|--|
| 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合  | 事業主による死亡の証明  |
| 被扶養者が亡くなられた場合および被保険者が亡くなり、事業主の証明が受けられない場合<br>(任意継続被保険者本人が亡くなられた場合) | 下記のいずれか1つ<br>・埋葬許可証または火葬許可証のコピー<br>・死亡診断書、死体検案書または検視調査のコピー<br>・亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本<br>・住民票など    |
| 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合(「埋葬費」の請求)     | ・領収書の原本(支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの)<br>・埋葬に要した費用の明細書<br>※霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等が対象 |

|      |      |  |  |  |  |  |
|------|------|--|--|--|--|--|
|      | 支給金額 |  |  |  |  |  |
| 法定給付 |      |  |  |  |  |  |
| 付加給付 |      |  |  |  |  |  |
| 合計   |      |  |  |  |  |  |

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

健保受付年月日

|  |
|--|
|  |
|--|