

支給決定決議書

受付年月日	年 月 日	常務理事	担当者
伺年月日	年 月 日		
決裁年月日	年 月 日		
支給決定額	円		
支給内訳	埋葬料(費)	円	資格取得日 年 月 日
	埋葬料(費)付加金	円	資格喪失日 年 月 日

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費)(付加金) 支給申請書

被保険者(申請者)記入欄	記号・番号		被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	被保険者氏名	(フリガナ)	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、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。)	
	被保険者住所電話番号	〒 -	Tel		
	事業所名称		事業所所在地	〒 -	
	振込希望先の金融機関	名称	銀行	支店	預金種別 普通
		口座番号	口座名義人(カタカナ)		
	死亡した方の	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「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。	
	被死亡した被扶養者の方の場合	被扶養者の氏名	被扶養者生年月日	被保険者との続柄	
		当該被扶養者が、当健保組合資格取得後、3カ月以内で死亡した場合、当健保組合の直前に資格取得されていた健保組合についてご記入ください。			
	被死亡した被保険者の方の場合	申請者の氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
申請者の住所		〒 -	Tel	被保険者との身分関係	
埋葬した年月日		令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円	
当該被保険者が、当健保組合資格取得後、3カ月以内で死亡した場合、当健保組合の直前に資格取得された健保組合についてご記入ください。					
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		保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

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	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			
事業所名称			
事業主(代理人)氏名		Tel	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

添付書類

被保険者が死亡し被扶養配偶者が申請する場合

被扶養者が死亡し被保険者が申請する場合

- ・ 事業主の証明

※事業主の証明が受けられない場合(任意継続被保険者等)は、埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書、住民票、亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、のコピーをいずれか一つ

被保険者が死亡し被扶養者でない同居の配偶者が申請する場合:

- ・ 事業主の証明または上記※の書類のコピー
- ・ 被保険者と申請者の続柄、並びに同居の事実を確認できる書類(住民票など)

被保険者が死亡し、法定相続人の被扶養者(配偶者以外)が申請する場合:

- ・ 事業主の証明または上記※の書類のコピー
- ・ 被扶養者(配偶者以外)である申請者が法定相続人であることを確認できる書類(被保険者の戸籍(除籍)謄(抄)本、等)

被保険者死亡のため、上記に該当しない者が実際に埋葬し申請する場合:

- ・ 上記※の書類のコピー
- ・ 埋葬に要した領収書と明細書の原本
- ・ 被保険者の親族が申請する場合、申請者と被保険者との続柄および法定相続人であることが確認できる書類(被保険者の戸籍(除籍)謄(抄)本、等)

注意事項

健康保険法第61条の受給権の保護、また、厚生労働省の通知により、請求権を有する被保険者が死亡したとき、民法第887条、第889条、第891条の規定による相続人が請求・受領してください。

相続人が未成年の場合は、未成年後見人(民法第838条)が請求・受領してください。