

健康保険

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)
埋葬料(費)付加金

支給申請書

被保険者が記入するところ	①	記号		③	フリガナ		
		番号			被保険者(申請者)の 氏名・生年月日		
	②	社員番号				昭和・平成 年 月 日	
	④	被保険者 (申請者) の住所	〒				TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	⑤	事業所の名称					TEL ()
	⑥	死亡した年月日	令和 年 月 日	⑦	死亡原因		⑧第三者行為によるものですか いいえ・はい
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき						
	⑨	被扶養者 氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	●被保険者が死亡したための申請であるとき						
	⑩	被保険者 氏名		被保険者からみた 申請者との間柄			
⑪	葬儀を行った年月日	令和 年 月 日	⑫	埋葬に要した費用の額		円	
●以下に該当する場合は記入してください。							
⑬	被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となり、3ヵ月以内に死亡した場合						
⑭	被扶養者が死亡したとき ⇒ 当組合の被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、3ヵ月以内に死亡した場合						
	保険者名		記号・番号		被保険者氏名(世帯主)	被保険者との続柄	
●介護保険法のサービスを受けていたとき							
	市区町村番号		受給者番号		発行機関名		

証明する欄 事業主が	死亡した方の氏名		死亡した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する				証明日	年 月 日	
	事業所所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名						TEL ()

振込希望口座	銀行・信組 金庫・農協		支店 出張所	
	[金融機関コード]		[店番号]	
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義	

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。			
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人			
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人			
	被保険者 (申請者)	住所		
	氏名			
受取代理人 情報	代理人 住所	〒		
	代理人 氏名	フリガナ		
		TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		

[備考]

記入上のご注意

1. ①記号・番号は保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。
2. ①、②は死亡した被保険者により生計維持されていた方がいない場合のみ、必ず記入してください。
3. ⑧死亡原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要となります。申請前に健保までご連絡ください。
4. (振込希望口座等)について
 - 振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は「振込希望口座」欄のみ記入してください。
 - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、委任状の記入が必要となります。
 委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェックを入れ、
[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・「振込希望口座」欄の記入は不要です。**[その他の受領代理人へ振込を希望する場合]**
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
 - ・「振込希望口座」欄に受領代理人の口座を記入してください。

【添付書類】

死亡した方	申請者	添付書類		
被保険者	被扶養者	■埋葬料支給申請書の事業主証明 ■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し ※上記いずれか 1 点		
	被扶養者以外の家族	■埋葬料支給申請書の事業主証明 ■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し ※上記いずれか1点と合わせて、生計維持の有無により以下の書類が必要です。		
		被保険者により生計維持されていた方(同居)	■申請者の住民票 (原本/続柄が記載されている世帯全員のもの) ■亡くなられた方の住民票の除票(原本)	
		被保険者により生計維持されていた方がいない場合(別居)で、実際に埋葬を行った方が申請される場合	■埋葬に要した費用の領収書(原本) ※1 ■上記費用の明細書(写し) ※2 (費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること)	
被扶養者	被保険者	■埋葬料支給申請書の事業主証明 ■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し ※上記いずれか 1 点		

※1 領収書は申請者の方のお名前がフルネームで記載されたものを提出してください。

※2 費用の範囲は、葬儀代のほかに霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼代なども含まれます。飲食代や香典返しは含みません。

※健康保険の給付を受ける権利は 2 年間で消滅します。

※埋葬料(費)の時効の起算日については「死亡日の翌日(ただし、埋葬費については埋葬を行った日の翌日)」となります。

※虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。

<お問い合わせ先> YG健康保険組合 TEL 03 (3511) 8201