

<記入上の注意>

- I. 2・9の欄は、該当するところをマル(○)で囲んでください。
- II. 3の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

[第三者行為の場合]

- III. 9の欄で【はい】と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当健保までお問合せください。

[被保険者が死亡したときの申請]

- IV. 標題の「被保険者」をマルで囲んでください。
- V. 10～14の欄は、記入しないでください。
- VI. 被保険者の被扶養者または、生計維持されていた被扶養者以外の方が申請する場合は、18・19の欄は記入しないでください。
- VII. 被扶養者以外の方(上記VIの者を除く)が申請する場合は、18・19の欄は必ず記入して下さい。(この場合、標題の「料」の文字を抹消してください)

[被扶養者が死亡したときの申請]

- VIII. 標題の「家族」をマルで囲んでください。
- IX. 15～21の欄は記入しないでください。

[その他]

- ① 6の欄は、日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(携帯電話可)
- ② 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入して下さい。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の押印は必ず押して下さい。
- ③ 振込先は、銀行・信用金庫およびゆうちょ銀行のみの取扱いです。
※ゆうちょ銀行をご指定される方は、全銀システム対応の支店・口座番号を記入して下さい。

※各種現金給付の支払日について

1. 給付金の支払日は、申請書が健保に到着した日により概ね次のように処理します。
 - 10日までに到着・・・当月15日に支払
 - 20日までに到着・・・当月25日に支払
 - 月末までに到着・・・翌月5日に支払

※支払日が土・日・祝の場合、翌営業日のお振込になります。
※大型連休がある期間については、上記のお支払日が多少変更となります。
※申請書や添付書類に不備があった場合は、訂正後のお支払いとなります。

<添付書類について>

[被保険者(又は被扶養者)が死亡し、被扶養者(又は被保険者)が申請するとき]

- ・事業主の証明(死亡者の証明)
 - ・埋葬許可書の写し
 - ・火葬許可書の写し
 - ・死亡診断書の写し
 - ・死体検案書の写し
 - ・検視調書の写し
 - ・死亡者の戸籍(除籍)謄(抄)本
- } いずれか一つ

[被保険者が死亡し、被扶養者以外が申請するとき]

- ・住民票の写し(死亡者と請求者が記載されているもの)
- ・定期的な仕送りの事実がわかる現金書留の封筒の写し
- ・定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳の写し
- ・死亡者が請求者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書の写し
- ・給与簿の写しまたは賃金台帳の写し
- ・源泉徴収票の写しまたは課税台帳等の写し

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください)

※埋葬費の申請の場合は、埋火葬に要した費用の領収書および明細書が必要となります。

※被保険者死亡の場合は、「埋葬料および未支給の給付金の受取人に関する確認書」が必要となります。

○お問合せ先

アイフル健康保険組合
〒600-8420
京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1
TEL:075-353-0211 FAX:075-371-2121

健康保険

被保険者

埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	1 被保険者証の記号・番号		2 被保険者の生年月日				3 被保険者（申請者）氏名と印					
	記号	番号	昭和 平成	年	月	日	(フリガナ) Ⓧ					
	4 社員番号		5 事業所（勤務先）の名称									
			会社名		所属名 〒							
	6 被保険者 （申請者） 住 所		(フリガナ) 〒				連絡先（ ）					
	7 死亡した年月日		8 死亡原因				9 第三者行為によるものですか（交通事故等） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※【はい】の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください					
	令和	年	月	日								
	● 被扶養者が死亡したための申請であるとき											
	10 被扶養者の氏名				11 被扶養者の生年月日				12 被保険者との続柄			
					昭和 平成 令和				年 月 日			
13 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。 ①資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき 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 ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき												
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
14 上記13で、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。						保険者名		記号		番号		
● 被保険者が死亡したための申請であるとき												
15 被保険者の氏名				16 被保険者からみた申請者との身分関係				17 埋葬した年月日				
								令和 年 月 日				
18 埋葬に要した費用の額				19 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額								
20 亡くなられた方は、退職等によりアイフル健康保険組合の被保険者資格の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？ ①資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき 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 ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき												
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
21 上記20で、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。						保険者名		記号・番号				
22 介護保険法のサービスを受けていたとき		市町村番号		受給者番号		発行機関名						
事業主が証明する欄	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	令和	年	月	日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。					令和	年	月	日			
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。											
	被保険者 （申請者）	住所 氏名				令和	年	月	日			
	代理人の住所 氏名(フリガナ)					Ⓧ						
委任者と代理人との関係					令和 年 月 日 提出							
※口座名義人は被保険者（申請者）本人または受取代理人に限る												
支払金融機関の欄						(口座番号)						
銀行		本店		普通								
信用金庫		支店		当座								

