

□被保険者

□家 族

埋葬料(費)・付加金支給決定決議書

※ 健 保 記 入 欄	承認	審査	審査	起案	支給額		円	
					取得年月日	・	・	円
	備考				喪失年月日	・	・	円

被保険者
家 族

埋葬料(費)・付加金請求書

※埋葬費の請求の場合、付加金は支給されません。(健法第105条・健則第59条、第60条、第63条の5)

被 保 險 者 (請 求 者) が 記 入 を す る と こ ろ	被保険者証の記号及び番号※	-		事業所名							
	被保険者の氏名			埋葬に要した費用の額	金 円						
	死亡年月日	令和	年	月	日	埋葬年月日	令和	年	月	日	
	死亡の原因										
	【被扶養者が死亡したとき】										
	被扶養者の氏名			被扶養者の生年月日			被保険者との続柄				
				年 月 日							
	○亡くなられた家族の方は、資格取得後3ヶ月以内ですか。					はい ・ いいえ (はいの場合下記をご記入下さい。)					
	以前の勤務先			以前の健康保険の保険者名			以前の保険証の記号・番号				
				(国民健康保険・〇〇健康保険組合など)			記号		番号		
	【被保険者が死亡したとき】										
	被保険者からみた請求者との続柄、または身分関係										
	○亡くなられた方は、以下に該当する方の請求ですか。					はい ・ いいえ (はいの場合下記をご記入下さい。)					
	① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたときの請求										
	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の請求										
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の請求											
注 意 上記に該当する方は、 付加金が支給されません。		喪失後の健康保険の保険者名			喪失後の保険証の記号・番号						
		(国民健康保険・〇〇健康保険組合など)			記号		番号				
【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					
上記のとおり請求します。					〒						
令和			年		月		日		住所		
小島健康保険組合理事長殿			氏名			_____					
			TEL ()			

死亡に関する事業主の証明	上記のとおり相違ない事を証明します。所在地 名称 小島健康保険組合理事長殿 氏名
--------------	---

備考	被保険者マイナンバー記載欄 ※2	被保険者証の記号番号※1を記入した場合、不要です。 この欄に記入された場合、各社総務へご連絡ください。
----	------------------	--

※2 被保険者が死亡した場合、マイナンバーを記載しないでください。

《用紙の流れ》 請求者 → 事業所 → 小島健保(被保険者が死亡の場合は直接小島健保へ提出)

この申請書に添付する書類

被保険者本人が亡くなったとき(埋葬料・埋葬費)

埋葬した人 (請求者)	種別	給付額			申請書に添付する書類		
		法定給付	付加金		死亡に関する書類写し	生計維持証明等写し	埋葬領収書 原本
①被扶養者	埋葬料	5万円	5万円	10万円	要	-	-
②生計維持者等		5万円	5万円	10万円	要	要	-
③上記以外の者	埋葬費	上限5万円			要	-	要

被扶養者家族が亡くなったとき(家族埋葬料)

死亡に関する書類写し(市町村長の埋(火)葬許可書、死亡診断書、死体検案書、検死調書)を添付してください。

被保険者が請求する場合は、委任状を記入して下さい。

委 任 状

表記給付金の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任者 被保険者氏名 _____

受 任 者	事業所名
	受 任 者 名

被保険者以外の方が請求する場合は、振込先を記入して下さい。

普通 銀行 支店
当座 _____

口座番号 _____ 口座名義
(カ ナ) _____