

※支給 支払 決議書	受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	伺年月日	平成 年 月 日	記入例		
	決済年月日	平成 年 月 日			
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
内	健保組合記入欄 (記入不要)		喪失年月日	平成 年 月 日	
職			標準報酬月額	千(第 級)	
	付加		備考		

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿 **被保険者が死亡した場合**
健康保険 被保険者 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書 家族

被 保 険 者 の 請 求 者 が 記 入 す る こ ろ	1 被保険者証 記号・番号	2 被保険者氏名 (請求者氏名)	健保 花子			
	3 被保険者の (請求者の) 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 TEL 03-1234-5678				
	4 死亡した年月日	5 死亡の原因	6 第三者行為によるものですか			
	平成 22 年 6 月 1 日	3 脳梗塞	4 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ [「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出下さい]			
	7 被扶養者が 死亡したため の請求の場合	A 被扶養者氏名	B 被扶養者生年月日	C 被保険者との続柄		
	被保険者が死亡した場合					
	8 上記8で「はい」と答えた場合は、家族が「扶養者」として認定される前加入していた保険について記入して下さい。 ※①②の記入がない場合は受付できません。					
	9 上記8で「はい」と答えた場合は、死亡した方が当組合健康保険の資格喪失後、家族の被扶養者として加入していた保険について記入して下さい。 ※①②の記入がない場合は受付できません。					
	① 加入していた健康保険の保険者名・電話番号 ※保険者名とは健康保険組合・全国健康保険協会等のことです。					
	② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号					
	10 被保険者が 死亡したため の請求の場合		A 被保険者氏名	B 5 埋葬した年月日	C 標準報酬月額	
			健保 太郎	平成 年 月 日	260,000 円	
			D 被保険者からみた 請求者との身分関係	妻	E 5 埋葬に要した費用の額	
					円	
11 死亡した方は、当組合健康保険の資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は下記に該当することによる請求ですか。						
①資格喪失後、3ヶ月以内に死亡した場合 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金の継続受給中に死亡した場合 ③資格喪失後、傷病手当金や出産手当金の継続受給を終了後、3ヵ月以内に死亡した場合						
12 上記11で「はい」と答えた場合は、死亡した方が当組合健康保険の資格喪失後、家族の被扶養者として加入していた保険について記入して下さい。 ※①②の記入がない場合は受付できません。						
① 加入していた健康保険の保険者名・電話番号 ※保険者名とは健康保険組合・全国健康保険協会等のことです。						
△○☆健康保険組合 TEL 77-7777-7777						
② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号						
567 56789						
13 介護保険法 のサービス を受けた時		保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
14 振込希望の 金融機関名		○○○ (銀行)・金庫・信組 △△△ 支店 普通№ 12345678				

1 「被保険者」に○印をして下さい。

2 交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

3 死亡の原因が外傷性によるケガ(傷病名が骨折・挫創等)の場合は、「負傷原因届」を提出して下さい。

4 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。

5 死亡した被保険者と生計維持関係がない方で実際に埋葬を行った方が請求される場合は、「埋葬した年月日」及び「埋葬に要した費用の額」を記入して下さい。尚、「埋葬に要した費用の額」とは、実際に埋葬に要した費用のことで、霊柩車代・借料・火葬料・葬式の際の供物代・僧侶の謝礼等をいいます。ただし、飲食代の接待費用は含まれません。

6 12に該当した場合は、①・②を正確に記入して下さい。

7 添付が必要となる書類がありますので、必ず確認して下さい。

※訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印して下さい。

【添付が必要となる書類】

- ①死亡が確認できる書類として、「埋葬許可証(写)」、「火葬許可証(写)」、「死亡診断書(写)」、「死体検案書(写)」等の内一つを添付して下さい。(No2「事業主証明欄」に証明を受けられる場合は必要ありません。)
- ②死亡した被保険者と生計維持関係のない方で実際に埋葬を行った方が請求される場合は、埋葬に要した費用の「領収書原本」と「明細書」を添付して下さい。(①の書類も必要となります。)

事業 主 証 明 欄	15 死亡した者の氏名	16 死亡した年月日	平成 年 月 日
	17 上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主の証明が必要となります。 ※死亡が確認できる書類を添付した場合は、必要ありません。 事業主氏名 印 TEL		

【事業所担当者殿】

※訂正し場合は、必ず訂正印(事業主印)を押印して下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	18 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入して下さい。 ※給付金対象者が死亡の場合等に使用して下さい。 被保険者 住所 代理人 氏名 印			
19 振込希望の 金融機関名		銀行・金庫・信組 支店 普通№		

※支給支払決議書	受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	伺年月日	平成 年 月 日	記入例		
	決済年月日	平成 年 月 日			
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
内	被扶養者氏名	健康保険組合	喪失年月日	平成 年 月 日	
	標準報酬月額	円	標準報酬月額	円	
職	付加		備考		

健康組合記入欄 (記入不要)

被扶養者が死亡した場合

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿 **健康保険(家族) 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書**

被 保 険 者 の 請 求 者 が 記 入 す る こ ろ	1 被保険者証 記号・番号	2 被保険者氏名 (請求者氏名)	健康太郎 (健康)		
	3 被保険者の (請求者の) 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 TEL 03-1234-5678			
	4 死亡した年月日	5 死亡の原因	6 第三者行為によるものですか		
	平成 22年 6月 1日	脳梗塞	□ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ [「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出下さい。]		
	7 被扶養者が 死亡したため の請求の場合	A 被扶養者氏名	B 被扶養者生年月日	C 被保険者との続柄	
		健康春子	昭和 30年 4月 1日	母	
	8 死亡した家族は、健康保険の資格喪失後に被扶養者として認定された方で、今回の請求は下記に該当することによる請求ですか。	①資格喪失後、3ヶ月以内に死亡した場合 ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金の継続受給中に死亡した場合 ③資格喪失後、傷病手当金や出産手当金の継続受給を終了後、3ヶ月以内に死亡した場合			
	9 上記8で「はい」と答えた場合は、家族が被扶養者として認定される前に加入していた保険について記入して下さい。 ※①と②の記入がない場合は受付ができません。	□ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	① 加入していた健康保険の保険者名・電話番号 ※保険者名とは健康保険組合・全国健康保険協会等のことです。	【保険者名】 ●▲健康保険組合 TEL 55-5555-5555			
	② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号	【記号】 234	【番号】 56789		
10 被保険者が死亡したための請求の場合	A 被保険者氏名	B 埋葬した年月日	C 標準報酬月額		
		平成 年 月 日	円		
11 死亡した家族は、健康保険の資格喪失後に被扶養者として認定された方で、今回の請求は下記に該当することによる請求ですか。	D 被保険者からみた 喪失事由	E 埋葬に要した費用の額			
		円			
12 上記11で「はい」と答えた場合は、死亡した方が当健康保険の資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた保険について記入して下さい。 ※①と②の記入がない場合は受付ができません。	□ はい <input type="checkbox"/> いいえ				
① 加入していた健康保険の保険者名・電話番号 ※保険者名とは健康保険組合・全国健康保険協会等のことです。	【保険者名】 TEL				
② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号	【記号】	【番号】			
13 介護保険法のサービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
14 振込希望の金融機関名	○○○ (銀行) ・金庫・信組 △△△ 支店 普通No 12345678				

被扶養者が死亡した場合
10・11・12の記入不要

1
「家族」に○印をして下さい。

2
交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

3
死亡の原因が外傷性によるケガ(傷病名が骨折・挫創等)の場合は、「負傷原因届」を提出して下さい。

4
「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。

5
9に該当した場合は、①・②を正確に記入して下さい。

※訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印して下さい。

【添付が必要となる書類】 **6**
①死亡が確認できる書類として、「埋葬許可証(写)」、「火葬許可証(写)」、「死亡診断書(写)」、「死体検案書(写)」等の内一つを添付して下さい。(No2「事業主証明欄」に証明を受けられる場合は必要ありません。)
②死亡した被保険者と生計維持関係のない方で実際に埋葬を行った方が請求される場合は、埋葬に要した費用の「領収書原本」と「明細書」を添付して下さい。(①の書類も必要となります。)

6
添付が必要となる書類がありますので、必ず確認して下さい。

事業主証明欄	15 死亡した者の氏名	16 死亡した年月日	平成 年 月 日
	17 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主の証明が必要となります。 ※死亡が確認できる書類を添付した場合は、必要ありません。 事業主氏名 印 TEL		

【事業所担当者殿】
※訂正し場合は、必ず訂正印(事業主印)を押印して下さい。

受取代理人の欄	18 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	被保険者 住所 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入して下さい。 ※給付金対象者が死亡の場合等に使用して下さい。 代理人 氏名 印
19 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通No