

※ 支 給 支 払 決 議 書	同 年 月 日	令和 年 月 日					常務理事	事務長	担当者
	決 済 年 月 日	令和 年 月 日							
	支 給 金 額 A + B	百万	拾万	万	千	百	十	円	
	支 給 金 額 内 訳	A 法 定 円					取 得 年 月 日	平・令 年 月 日	
		B 付 加 円					喪 失 年 月 日	令 和 年 月 日	
	標 準 報 酬 月 額	千円 (第 級)					死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日	
備 考							受付日付印		

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<sup>1</sup> 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

被 保 險 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	2 被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	-		3 被 保 険 者 氏 名 (申請者氏名)	
	4 被 保 険 者 (申 請 者) の 現 住 所	〒 TEL			
	5 死 亡 し た 方 の 死 亡 年 月 日	令和 年 月 日		6 死 亡 原 因	
	7 6 の 死 亡 原 因 が ケガによる場合	➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。 ※負傷の原因が第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」も提出してください。			
	8 被 扶 養 者 (家 族) が 死 亡 し た た め の 申 請 で あ る と き	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 被保険者との続柄			
	8-1 亡くなられた家族は、退職などにより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あって、次のいずれかに当てはまる方ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ A 資格喪失後、3カ月以内に亡くなられたとき B 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 C 資格喪失後、Bの受給終了後、3カ月以内に亡くなられたとき			
	8-2 上記8-1で「はい」の場合、亡くなられた家族が被扶養者として認定される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。	<input type="text"/> 保険者名 <input type="text"/> 記号・番号 -			
	9 被 保 険 者 が 死 亡 し た た め の 申 請 で あ る と き	<input type="text"/> 被保険者氏名 <input type="text"/> 被保険者からみた申請者との身分関係 <input type="text"/> 埋葬した年月日 令和 年 月 日 <input type="text"/> 埋葬に要した費用の額 円			
	9-1 亡くなられた方は、退職などにより当健康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あって、次のいずれかに当てはまる方ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ A 資格喪失後、3カ月以内に亡くなられたとき B 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 C 資格喪失後、Bの受給終了後、3カ月以内に亡くなられたとき			
	9-2 上記9-1で「はい」の場合、亡くなられた方が当健康組合の被保険者資格の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。	<input type="text"/> 保険者名 <input type="text"/> 記号・番号 -			
	10 振 込 先 指 定 口 座 ※被保険者本人名義  ※被保険者が亡くなられた場合は申請者名義	<input type="text"/> 金融機関名 <input type="text"/> 支店名 <small>(普通預金)</small> <small>(カタカナ)</small> <input type="text"/> 口座番号 <input type="text"/> 口座名義人			
11 添付が必要となる書類です。申請される前に必ず確認してください。	<b>A 家族の方が埋葬した場合</b> <input type="checkbox"/> 「埋葬許可証写し」、「火葬許可証写し」、「死亡診断書写し」、「死体検案書写し」等のうち一つを添付してください。ただし、2枚目の事業主証明欄に証明を受けられる場合は不要。 <b>B 家族でない方（友人など）が埋葬した場合</b> <input type="checkbox"/> Aの書類と一緒に埋葬に要した費用の「領収証原本」と「明細書」を添付してください。				

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、被保険者（申請者）の署名が必要となります。

事業主証明欄	12 死亡した方の			
	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>被保険者として被扶養者の別 <input type="checkbox"/>被保険者 <input type="checkbox"/>被扶養者</td> <td>死亡年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	氏名	被保険者として被扶養者の別 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日
氏名	被保険者として被扶養者の別 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日	
	13 上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL			

【留意事項：事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。

受取代理人の欄	14 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。						
	<table border="1"> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td>被保険者 住所 氏名</td> <td rowspan="2">15 被保険者との関係</td> </tr> <tr> <td>代理人 住所 氏名</td> <td></td> </tr> </table>	令和 年 月 日	被保険者 住所 氏名	15 被保険者との関係	代理人 住所 氏名		
令和 年 月 日	被保険者 住所 氏名	15 被保険者との関係					
代理人 住所 氏名							
	16						
	<table border="1"> <tr> <td>振込先指定口座 ※代理人名義</td> <td>金融機関名 (普通預金)</td> <td>支店名 (カタカナ)</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>口座名義人</td> <td></td> </tr> </table>	振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 (普通預金)	支店名 (カタカナ)	口座番号	口座名義人	
振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 (普通預金)	支店名 (カタカナ)					
口座番号	口座名義人						