

※ 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	埋葬料(費)記入例 (被保険者本人が死亡した場合)			
	支 給 金 額 A + B	百万 拾万 万 千 百 十 円				
	支 給 金 額 内 訳	A 法 定				
		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	当組合記入欄				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 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	123 - 45678	3 被 保 険 者 氏 名 (申請者氏名)	健保 桜	
	4 被 保 険 者 (申請者) の 現 住 所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 Tel 080-1111-0000			
	5 死 亡 した 方 の 死 亡 年 月 日	令和 4 年 5 月 5 日	6 死 亡 原 因	膵臓癌	
	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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 被 保 険 者 と の 続 柄			
	8-1 亡 け 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 け なら れた 時 刻 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 け なら れた 時 刻 C 資 格 喪 失 後、B の 受 給 終 了 後、3 カ 月 以 内 に 亡 け なら れた 時 刻			
	8-2 上 記 8-1 で 「はい」 の 場 合、亡 け 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。	保 険 者 名	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="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 被 保 険 者 と の 続 柄			
	9-1 亡 け なら れた 方 は、退 職 な ど に よ り 当 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 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ A 資 格 喪 失 後、3 カ 月 以 内 に 亡 け なら れた 時 刻 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 け なら れた 時 刻 C 資 格 喪 失 後、B の 受 給 終 了 後、3 カ 月 以 内 に 亡 け なら れた 時 刻			
	9-2 上 記 9-1 で 「はい」 の 場 合、亡 け なら れた 方 が 当 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 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	-	
	10 振 込 先 指 定 口座 ※被 保 険 者 本 人 名 義  ※被 保 険 者 が 亡 け なら れた 場 合 は 申 請 者 名 義	金 融 機 関 名	●▲■銀行	支 店 名	▲■★支店
	口 座 番 号	(普通預金) 7654321	口 座 名 義 人	(カタカナ) ケンポ サクラ	
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。	A 家 族 の 方 が 埋 葬 した 場 合 <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 査 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 で B 家 族 で ない 方 (友 人 な ど) が 埋 葬 した 場 合 <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	氏名	健保 拓哉	被保険者として被扶養者の別	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和 4年 5月 5日	
	13 上記のとおり相違ない	令和 4年 5月	死亡が確認できる書類の添付ができない場合のみ 事業主証明欄に証明を受けてください					
		事業所名称	株式会社○△□☆					
		事業主氏名	代表取締役 ●▲ ■★					
		TEL	03-0000-0000					

【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。	令和 年 月 日	被保険者 住所		15 被保険者との関係
		代理	給付金に関する受領（対象者が死亡の場合等） を代理人に委任する場合に記入してください		
	16	振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名	支店名	
			(普通預金)	(カタカナ)	
		口座番号	口座名義人		

※ 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	<div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <b>家族埋葬料記入例</b>            (被扶養者家族が死亡した場合)         </div>			
	支 給 金 額	百万 拾万 万 千 百 十 円				
	A + B					
	支 給 金 額 内 訳	A 法 定		令和 年 月 日		
	標 準 報 酬 月 額	B 付 加		喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	
	千円(第 級)		死 亡 年 月 日	令和 年 月 日		
備 考	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> <b>当組合記入欄</b> </div>					

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	123 - 45678	3 被 保 険 者 氏 名 (申請者氏名)	健保 拓哉								
	4 被 保 険 者 (申請者) の 現 住 所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 Tel 080-0000-0000										
	5 死 亡 した 方 の 死 亡 年 月 日	令和 4年 5月 15日	6 死 亡 原 因	心筋梗塞								
	7 6 の 死 亡 原 因 が ケガ による 場合	<input checked="" type="checkbox"/> 負傷原因届を併せてご提出ください。 <small>※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。</small>										
	8 被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被扶養者氏名</td> <td style="text-align: center; font-size: 1.2em;">健保 桜</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">生年月日</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>昭和  <input checked="" type="checkbox"/>平成  <input type="checkbox"/>令和         </td> <td style="text-align: center;">5年 10月 20日</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被保険者との続柄</td> <td style="text-align: center; font-size: 1.2em;">妻</td> </tr> </table>				被扶養者氏名	健保 桜	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年 10月 20日	被保険者との続柄	妻
	被扶養者氏名	健保 桜	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年 10月 20日	被保険者との続柄	妻					
	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？	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">           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         </td> <td style="width: 20%; text-align: right; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/>はい  <input checked="" type="checkbox"/>いいえ         </td> </tr> </table>				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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ										
	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。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">保険者名</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">記号・番号</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>				保険者名	記号・番号	-				
	保険者名	記号・番号	-									
	9 被保険者が死亡したための申請であるとき	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被保険者氏名</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被保険者からみた申請者との身分関係</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">埋葬した年月日</td> <td style="text-align: center;">令和 年 月 日</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">埋葬に要した費用の額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>				被保険者氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額	円	
被保険者氏名	被保険者からみた申請者との身分関係											
埋葬した年月日	令和 年 月 日	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？	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">           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         </td> <td style="width: 20%; text-align: right; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/>はい  <input type="checkbox"/>いいえ         </td> </tr> </table>				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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
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。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">保険者名</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">記号・番号</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>				保険者名	記号・番号	-					
保険者名	記号・番号	-										
10 振込先指定口座 <small>※被保険者本人名義</small>  <small>※被保険者が亡くなられた場合は申請者名義</small>	金融機関名	●▲■銀行	支店名	▲■★支店								
	口座番号	1234567	口座名義人	(カタカナ) ケンポ タクヤ								
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。	<p>A 死亡が確認できる書類として</p> <p><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。</p> <p>B 死亡した被保険者と生計維持関係がない方が実際に埋葬を行った場合</p> <p><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。</p>											

【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	氏名 <b>健保 桜</b>		被保険者として被扶養者の別 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日 令和 4年 5月 15日
	13 上記のとおり相違ない	令和 4年 5月	死亡が確認できる書類の添付ができない場合のみ 事業主証明欄に証明を受けてください		
		事業所名称	株式会社○△□☆		
		事業主氏名	代表取締役 ●▲ ■★		
		TEL	03-0000-0000		

【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。	令和 年 月 日	被保険者 住所	15 被保険者との関係
		代理	給付金に関する受領（対象者が死亡の場合等） を代理人に委任する場合に記入してください	
	16	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	