

健康保険 被保険者 家 族 埋葬料(費) 埋葬付加金 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

提出日 年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号				
	事業所名 (会社名)	所属		室・課	
	氏名 (フリガナ)	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒 -) 都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	自宅	()	携帯	()	

振込先指定口座 (被保険者名義)	金融機関 名称 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()	口座番号	()	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字として左づめでご記入ください。)			
()					

提出ルート	豊田合成(株)	被保険者(申請者) ⇒ 医療機関(医師・助産師の証明) ⇒ 被保険者 ⇒ T G ウェルフェア(株)・給与サービス部 給与チーム(事業主証明等) ⇒ 健保組合
	その他の 事業所	被保険者(申請者) ⇒ 医療機関(担当医の証明) ⇒ 被保険者 ⇒ 事業所・総括担当者(事業主証明等) ⇒ 健保組合

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日	死亡原因	
	平成・令和 年 月 日	死亡原因は第三者の行為(交通事故等)によるものですか <input type="checkbox"/> はい → 「第三者の行為による傷病届」を健保へ提出しましたか <input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> いいえ	
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			
ご家族の氏名	生年月日	<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
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か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支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か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/> 1 はい 2 いいえ	
「はい」の場合、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・番号をご記入ください。		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			
被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	H・R 年 月 日
亡くなられた方は、退職等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、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か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支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か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/> 1 はい 2 いいえ	
「はい」の場合、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・番号をご記入ください。		保険者名 記号・番号	

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した方の	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 死亡
令和 年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明する。			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
TEL ()			

《申請条件》

次のいずれかの条件をみたすこと

- (1) 被保険者の死亡
- (2) 被保険者であったものが、被保険者資格喪失後3ヵ月以内に死亡
- (3) 被保険者である人の被扶養者が死亡

《給付の調整》

- (1) 被保険者の資格喪失後3ヵ月以内の死亡で家族の被扶養者となっていた場合、及び、被扶養者認定後3ヵ月以内の死亡で被保険者となっていた場合は、埋葬料と家族埋葬料との双方の支給要件を満たしているときは一方を選択
- (2) 上記に該当した方で他の保険者(国民健康保険加入を除く)から支給されていた場合は、当健保は支給しない(重複請求の禁止)

《申請不可》

- (1) 業務上の傷病や通勤途上での災害(会社の労災保険で申請)
- (2) 交通事故やケンカ等で加害者から費用を受ける場合

《その他 : 権限・権利の代位取得、時効》

- (1) 豊田合成健康保険組合は、必要事項について文書の提出を求めることができる
- (2) 負傷の原因が第三者によるものであるときには、別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要です
- (3) 豊田合成健康保険組合は、第三者行為による事故の保険給付をしたときはその給付額の限度において損害賠償の権利を取得する
- (4) 請求権の時効は、費用を支払った日の翌日から起算して2年

《添付書類》

- (1) ① 被保険者死亡のときは、『除籍謄本の写し』または『死亡診断書の写し』
② 被扶養者死亡のときは、『健康保険被扶養者異動届』と『除籍謄本の写し』または『死亡診断書の写し』と『資格確認書』または『健康保険被保険者証』
- (2) 健康保険の被扶養者がいない被保険者死亡の場合は、次のいずれかの書類
 - ① 健康保険の扶養家族になっていない家族(身内)が請求するときは、『除籍謄本の写し』
 - ② 家族(身内)がいなくて埋葬をした人が請求するときは、埋葬に要した領収書(飲食費、香典返しの費用は除く)