

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 令和 6年 12月 1日

被保険者(申請者)情報
記号 番号
被保険者等記号・番号 1 0 9 9 9 9 9
事業所名(会社名) ○○○○株式会社
氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
生年月日 昭和 平成 令和 0 2 1 0 1 0
住所 (〒492-8153) 愛知 都道 府県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地
電話番号(日中の連絡先) 自宅 0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1 携帯 090 (0 0 0) 0 0 0 0

振込先指定口座(被保険者名義)
金融機関名称 三菱UFJ (銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他) 名古屋営業部 (本店 支店 出張所 本所 支所)
預金種別 1 1.普通 2.当座 3.その他() 口座番号 8 8 8 8 8 8 8 左づめでご記入ください。
口座名義 ケンポ。 タロウ

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 ⇒TG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。>>>

Table with 3 columns: 受付, 入力, 支払

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
家 族 埋葬付加金

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	死亡年月日	死亡原因
	平成・令和 6年 8月 20日	急性心不全

死亡した方の 死亡原因は第三者の行為(交通事故等)によるものですか
 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 提出済 未提出
 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	健保 ハナ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	36年10月1日	被保険者との続柄	母
--------	-------	------	--	----------	----------	---

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の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

2 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の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

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	

事業主記入用

氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
----	-------------	-------

この欄は、下記で証明を受けてください。

豊田合成(株)の方 (保険証記号10の方) → TGウェルフェア(株) 本社 給与サービス部 給与チーム

その他の事業所の方 (保険証記号10以外の方) → 各事業所の総括部門 (人事・総務など)