

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

◎添付書類については裏面に記載しています。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	—	② 事業所名称		
	③ 被保険者(申請者) の氏名	(印)			
	④ 被保険者(申請者) の住所	〒			
	被保険者が 死亡した場合	⑤ 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生		⑥ 被保険者からみた 申請者との関係
		⑦ 埋葬した 年月日	平成・令和 年 月 日		⑧ 埋葬に要した費用 (領収明細書添付) 円
	被扶養者が 死亡した場合	⑨ 氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日生		⑩ 被保険者との 続柄
	⑪ 死亡年月日	平成・令和 年 月 日		⑫ 死亡原因	
⑬ 死亡原因は 右のいずれかに よるものですか	はい 1. 交通事故 2. 第三者行為 3. 業務災害 4. 通勤災害 1・2の場合は健保に連絡のうえ、負傷届を添付してください。 いいえ 3・4の場合は労災（労働基準監督署）へ申請手続きを行ってください。				
⑭ 振込希望 金融機関名	口座名義人の氏名		普通・当座	銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店	
	カガナ		(口座番号)		
※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください					

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑮ 死亡した者の 氏名	死亡した者	・被保険者 ・被扶養者	死亡した年月日 平成・令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				(印)

※以下の欄は埋葬料(費)の振込を代理人にする場合記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者(申請者) との関係	
	令和 年 月 日	カガナ	(印)	
	被保険者氏名 (申請者)	代理人の住所・電話番号		
	(印)	〒		
		電話 ()		

大阪府貨物運送健康保険組合

〒536-8567 大阪市城東区鳴野西2-11-2
業務係給付担当 06-6965-4052
<http://www.daika-kenpo.or.jp>

社会保険労務士の提出代行者印

	(印)
--	-----

埋葬料(費)の申請と添付書類について

埋葬料(費)は被保険者・被扶養者が業務外の事由により亡くなった場合に支給されます。

被保険者が死亡	申請する人	添付書類	支給金額
埋葬料	被保険者死亡日に被扶養者として加入していた家族	・死亡診断書の写しと 事業主による死亡の証明	50,000 円
	被保険者死亡日に被扶養者として加入していなかった家族 (生計維持関係あり)	・死亡診断書の写しと 事業主による死亡の証明 ・被保険者と申請者の関係が分かる書類 (下記の※参照)	
埋葬費	実際に埋葬(葬儀)を行った人	・死亡診断書の写しと 事業主による死亡の証明 ・埋葬(葬儀)費用の領収書の原本 (宛名がフルネームで記載されているもの) ・埋葬(葬儀)費用の明細・内訳書の原本 ※3点すべて必要	実際に埋葬(葬儀)した費用 (50,000円まで)

被扶養者が死亡	申請する人	添付書類	支給金額
家族埋葬料	被保険者	・死亡診断書の写しと 事業主による死亡の証明	50,000 円

※生計維持関係のある家族が申請する場合の添付書類

同居の場合

- ・住民票の原本(続柄表記があり、亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)

別居の場合

- ・亡くなった被保険者と申請者それぞれの戸籍謄本の原本
- ・生計維持関係の確認できる書類等

◎健保組合へ死亡による喪失、抹消の届出をしてください。届出が処理されていないと埋葬料(費)の支給決定が行えません。

◎死亡原因が第三者行為による場合は、他法により給付される場合がありますので、健保に連絡のうえ負傷届を添付してください。

申請について不明な点がある場合は、事前に業務係給付担当までお問い合わせください。

(☎ 06-6965-4052)