訂正體	内容を訂正(書き接 所に二重線を引き、 等は使用しないでく	申請者のサインさ		i いします。		支 給 額	H
建康保険	_{破保険者} 埋 家族	葬料(費)	・付加金	支給申請	書		
並 被保険者等 記号·番号	記号	9876	番号	54321	記号・番号がわ	からない場合はマイナンバ	べーをご記入ください。
② 申請者の 氏名	(フリガナ)	ケンポ 健保	太郎		③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成 ×× 年	× 月 × 日
④ 申請者の 現 住 所	〒 113 −	0000 東	京	ŵ · 道 ☆ · 県 文 :		x - x - x	
⑥ 被保険者の	株式会	社 🗆 🗆		•	電話番号		※※) ※※※※出を事業主へ委任します。自(依頼)する場合は ✓)
事業所名称							出(欧綱/9の場合は◆/
■ 名の項目に 該当する方は、 全ての項目を記。	□ 当組 ゼ の場合⇒き	□ 当組合の資格を喪失してから3カ月以内ですか ■の場合⇒当組合加入以後に加入していた保険者名を記入 「保险者の名称」 協会けんぼ()支部 (扶養者が死亡したとき		
9 同意欄	また、当健康保険 することに対して、	車康保険組合以外に 組合が関係機関に 同意します。なお、2	照会すること、また と書の写しも有効で	求はしません。 関係機関が回答 であることを認めます	申請者の 氏 名	※署名したことにより同意 健保 :	太郎
死亡の原因が交通 通勤・退勤途中また						前に当組合へご連絡くた い合わせください	さい 。
の死亡した方	氏名		建保 花子		生年月日	昭 中令 ××	年×月×日
1	被保険者との続柄	妻	性別	女性	死亡した年月日	令和 XX	年 × 月 × 日
具体的な死因		心筋	梗塞	6	② 仕事中、通勤中 などの第三者行	っまたは、交通事故 為によるものですか	□ はい 🗹 いいえ
被保険者が死亡したときに記入			令和	年 月 日			
事業主証明欄の	の記載内容を訂了	Eした場合は、訂	正箇所に事業	主のサインまた	す押印をお願い は押印をお願い	いたします。	
① 亡くなられた 方の氏名	健	保 花子	1	□ 被保険者 🗹 被	扶養者 死亡	年月日 令和 XX	年 X 月 X 日
E ① 所在地	上記のと約り相違ないことを証明します。 ③ 令和 × 年 × 月 × 日 ⑤ 所在地 東京都文京区〇〇 × - × - ×						
18 事業所名称	株式会社 □□□□						
⑨ 事業主氏名	00 00	i.			TEL $\times \times$	(××××) ×>	< × ×
振込先には②欄	の申請者の口座	または事業所よ	り届出されてい	いる口座をご記え	くください。		
公金受取口座	□ マイナポータ	ル等で事前登録した	と公金受取口座を	利用します。(<u>利用</u> 3	する場合は✔、利用し	よい場合は下記の欄を記 で記	<u>(入</u>)
入 金融機関名称	銀行コード 1 2 3 4	000		・金庫・信組 ・その他()	預金種別	普通・当座・そ	の他()
亚南级奥石柳	支店コード 9 8 7	ΔΔΔ	△ 支店 その	・本店・出張所 他(口座番号	1 2 3	4 5 6 7
口座名義 (カタカナで記入)	※アルファベット巻	ケンポ	5 35.4		口座名義区分	✓ 申請者 □ 事業所の受領	代理人
)今回の給付金の				3.000			
申請者	本申請に基づく	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名					
犬 受領代理人	氏名						
付書類							
正亡診断書、死位				100 Los (MR 101 Lo		1	
被保険者(本人)	が死亡した場合に	比別途添付書類	が必要です。言	己入例をご確認く	ください。	J	

(R6.12)

東京都電機健康保険組合

埋葬料:被保険者が亡くなった場合、被保険者と生計維持関係(同居など)があり、埋葬を行う方に埋葬料

50,000円および付加金50,000円が支給されます。※資格喪失後の死亡の場合、付加金は支給されません。 被扶養者が亡くなった場合は、被保険者に家族埋葬料50,000円および付加金50,000円が支給されます。

埋葬費:被保険者が亡くなった場合で、被保険者により生計を維持されていた人がいないときは、実際に埋葬を行った(埋葬の費用を支払った)方に埋葬料50,000円と付加金50,000円の範囲内で埋葬にかかった費用の相当額が支給されます。※資格喪失後の死亡の場合、付加金は支給されません。

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格情報画面」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」のいずれかでご確認ください。 わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
- 2 [被保険者が死亡したための申請の場合]
 - ・②欄には申請者の氏名を、④欄には申請者の住所をご記入ください。
 - ・振込先は、公金受取口座利用のチェック欄は使用せず、申請者の口座情報をご記入ください。
- ③ 本申請を事業所(事業主)経由で提出する場合は、必ず∨をしてください。
- 死亡した日以前の3か月以内に他の健康保険などに加入している(いた)場合はご記入ください。 ※被保険者が当組合加入中に死亡した場合は、ご記入の必要はありません。
- 5 ・交通事故などの第三者行為が死亡原因の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。申請前に当組合(右上の電話番号)までご連絡ください。
 - ・死亡の原因が仕事中または通勤途中によるもので、労災に該当するときはご申請いただけません。 労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。
- 埋葬料の申請の場合は、ご記入の必要はありません。 埋葬費の申請の場合は、葬儀代(霊柩車代、霊前への供物代、火葬料、僧侶への謝礼などを含む) をご記入ください。

添付書類 ※内容審査に必要なときは別途、添付書類の提出をお願いする場合があります。 ※ご提出いただいた原本は返却できません。

被扶養者(家族)が亡くなった場合					
申請者	添付書類				
被保険者(本人)	死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書(写し)				

被保険者(本人)が亡くなった場合					
申請者	添付書類				
被扶養者	死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書(写し)				
被扶養者でない方 (死亡時に同居していた)	① 死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書(写し) ② 申請者の世帯全員の住民票(原本) ※続柄の記載のあるものをご提出ください ③ 亡くなった方の住民票の除票(原本) ※申請者の世帯全員の住民票に含まれている場合は不要です				
被扶養者でない方 (死亡時に別居していた)	① 死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書(写し) ② 埋葬に要した費用の領収書(原本)及び明細書(写し) ※亡くなった被保険者と支払った方(申請者)のフルネーム及び費用の詳細 が記載されているもの				

※ 提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都雷機健康保険組合 保険給付課