

※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所(事業主証明欄を除く)に申請者のサインまたは押印をお願いします。

健康保険 被保険者 埋葬料（費） 支給申請書		家族 埋葬料（費）付加金	
① 被保険者証 記号 9876 番号 54321	② 被保険者 資格取得年月日 昭・平・令 △△ 年 △ 月 △ 日	③ 申請者の 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ	④ 被保険者の 生年月日 昭(平) ×× 年 × 月 × 日
⑤ 申請者の 現住所 〒 113 - 0000 東京 都・道 府・県 文京区○○ × - × - ×	⑥ 申請者の 電話番号 ×× (××××) ××××	⑦ 被保険者の 事業所名称 株式会社 □□□□	⑧ 提出委任 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。(事業主経由(依頼)する場合は <input type="checkbox"/>)

⑨ 加入状況申告	1.被保険者が死亡したとき <input type="checkbox"/> 当組合の資格を喪失してから3カ月以内ですか <input checked="" type="checkbox"/> 当組合に加入して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被保険者名を記入 協会けんぽ(□□□)支部・()健康保険組合・()共済組合	2.被扶養者が死亡したとき <input type="checkbox"/> 当組合に加入してから3カ月以内ですか <input checked="" type="checkbox"/> 当組合加入以前に加入していた被保険者名を記入
⑩ 同意欄	私は東京都電機健康保険組合以外に埋葬料(費)の請求はしません。また、当健康保険組合が関係機関に照会すること、また関係機関が回答することに対して、同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。	
	被保険者の名称 ()国民健康保険・その他()	申請者の氏名 健保 太郎

※死亡の原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者行為による傷病届」等が必要です。事前に当組合へご連絡ください。
※通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象となりません。勤務先へお問い合わせ下さい。

⑪ 死亡した方	氏名 健保 花子 生年月日 昭・平・令 ×× 年 × 月 × 日
⑫ 具体的な死因	被保険者との続柄 妻 性別 女性 死亡した年月日 令和 ×× 年 × 月 × 日
⑬ 被保険者が死亡したときに記入	具体的死因 心筋梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
⑭ 埋葬に要した費用の額	被保険者との続柄 妻 埋葬した年月日 令和 ×× 年 × 月 × 日

※ 事業主証明欄の記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に事業主のサインまたは押印をお願いします。

⑮ 亡くなられた方の氏名 健保 花子	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	⑯ 死亡年月日 令和 ×× 年 × 月 × 日
⑰ 所在地 東京都文京区○○ ×-×-×	⑱ 事業所名称 株式会社 □□□□	
⑲ 事業主氏名 ○○ ○○	TEL ×× (××××) ××××	

◎ 申請する方の口座をご記入ください。

振込先	公金受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)
金融機関名称	銀行コード ○○○○ (銀行・金庫・信託 業種・その他) 預金種別 普通 ・当座・その他()
口座番号	支店コード △△△△ (支店・本店・出張所 其他) 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ 口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人

◎ 事業所への委任の場合のみにご記入ください。

委任状	被保険者(申請者) 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。	受付日付印
	受領代理人 氏名	

添付書類

死亡診断書の写し、死体検案書もしくは検視調書の写し
※被保険者(本人)が死亡した場合は別途添付書類が必要です。記入例をご確認ください。

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です)
- 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。
- 死亡した日の前後3か月以内に他の健康保険などに加入している(いた)場合は回答してください。
- 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。
・ 工作中、通勤中が死亡原因の場合は、当組合に必ずご連絡ください。
※ 詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 葬儀代(霊柩車代、霊前への供物代、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
死亡時に被扶養者である者	死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書(写し)
死亡時に被扶養者でない者(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 住民票(原本) (亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの) ※住民票を請求する際に、必ず「亡くなった被保険者(除かれた者)」を含んだものを請求してください
死亡時に被扶養者でない者(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の原本及び明細書の写し ※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 東京都電機健康保険組合 保険給付課