健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 (請 求 者 記 入 欄)	健康保険被保険者 記号-番号	-	請求者 氏名		死亡者 との続柄	
	請求者 住所	〒 - () TEL ()				
	所属部署	TEL ()				
	死亡者 氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	死亡年月日	令和 年 月 日	第三者行為に よるものですか		はい ・ いいえ	
	死亡の原因 (疾病負傷名)					
	※被保険者の死亡で生計同一者「以外」が埋葬を行った場合に記入					
	埋葬(葬祭) 年月日	令和 年 月 日	埋葬(葬祭)に要した費用		円	
	振込 希望 口座	金融機関名	本・支店名	口座番号(7桁)		被保険者または請求者名義 (カタカナ)
		銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)		

事 業 主 証 明 欄	死亡者氏名	死亡者 の別	被保険者 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 所在地 名称 代表者名				

【添付書類】

- 本人・家族共通の添付書類（事業主の証明を得ないで請求する場合）
 - ① 死亡診断書・死体検案書・検視調書・埋葬許可書・火葬許可書いずれかのコピー
- 本人死亡時の添付書類
 1. 埋葬(葬儀)を行った人が健康保険の被扶養者ではなく、「同居」している場合
 - ① 生計同一関係がわかる書類(住民票および除票、仕送りがわかる通帳の写し等)
 2. 埋葬(葬儀)を行った人が健康保険の被扶養者ではなく、「別居」している場合
 - ① 領収書原本(請求者名義がフルネームで記載されているもの)
 - ② 費用の内訳書(品名・数量・単価等を明記してあるもの)
- 家族(被扶養者)死亡時の添付書類
 - ① 健康保険被扶養者異動届
 - ② 有効な保険証もしくは資格確認書

..... 受 付 印

支 給 決 定 額	支 給 決定額	円	常務理事	事務長	担当	担当

【その他注意事項等】裏面をご確認ください。

【振込先】

- 振込希望口座は、請求者の振込先を記入してください。

【給付の条件】

健康保険では、葬儀に要する費用を補償するものとして埋葬料（費）が支給されます。（上限：50,000円）

本人（被保険者）が死亡した際は、家族（被扶養者）に支払われ、家族が死亡した際は、本人に支払われます。又、埋葬料を受けられる人がいない場合は、埋葬した人に埋葬費が支払われます。

ただし、交通事故による死亡で他の保険より埋葬料が支給されている場合は、請求できません。

例） ・自賠責保険（葬儀料） ・労災保険（葬祭給付）

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702
Tel (052)951-4907

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--