

健 保 使 用 欄	支 給 決 定 決 議 書				
	常務理事	事務長	責任者	担当者	受付番号
					令和 年 月 日
					支払年月日 令和 年 月 日
					支給額 50,000 円
				備考	

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

家族埋葬料申請書

ヤマハ健康保険の扶養家族になっている方が死亡した場合に請求できます。

訂正する場合は、訂正印を押印してください。
(修正液等不可)

被 保 険 者	記入日	令和 5 年 1 月 20 日	フリガナ	ヤマハ タロウ	
	被保険者等記号番号	1 - 123456	被保険者氏名	山葉 太郎	
	事業所名(会社名)	ヤマハ(株)	被保険者住所	〒	
	所属課・係・G	総務部			
職 場 電 話	外線	053-424-7722	被保険者の電話	固定	053-472-1000
	内線	1234		携帯	090-0000-0000
死 亡 記 入 欄	死亡した者の氏名	フリガナ ヤマハ ハナコ 山葉 花子	死亡した者の生年月日	昭和 40 年 5 月 7 日	
	死亡した年月日	令和 5 年 1 月 9 日	死亡原因の傷病名等	〇〇癌	
死亡の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 病気・自然死 <input type="checkbox"/> 不慮の事故 <input type="checkbox"/> その他				
第三者の行為が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	左の設問で「はい」の場合 ※「第三者による受償届」を提出して下さい <input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料等の補償がある場合、健保組合からは支給できません。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主へ委任します。(□に✓を入れてください) ※任意継続の方はチェック不要です。					

受 取 り 代 理 人 欄 (事業主)	住所	
	事業所名	事業所名をゴム印で押印してください
	代表者名	

※退職後、任意継続に加入されない方のみ下記にご記入下さい。

振 込 先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	名義人名
			普通・当座		(フリガナ)

備考欄

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
被保険者等記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

被保険者が退職されている場合は、被保険者(請求者)名義の口座を記入してください。
任継の方は不要です。

必要添付書類	死亡診断書の写し
--------	----------

添付書類を必ず付けてください。

注意事項	医師当の死亡に関する証明書が、外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を添付のこと。(翻訳者の氏名・住所も記載)
------	--

事業所担当者日付印

健保受付印

R6.12月改訂