

健 保 使 用 欄	支 給 決 定 決 議 書					
	受付番号		常務理事	事務長	責任者	担当者
	伺い年月日	平成 年 月 日				
	支払年月日	平成 年 月 日				
	支 給 額		円			
	備考					

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

被保険者（本人）埋葬料・埋葬費 申請書

請 求 者 記 入 欄	記入日	平成 年 月 日	死亡した被保険者の氏名	フリガナ	請求者印	
	被保険者証記号-番号	—	請求者名	フリガナ		
	被保険者の事業所名(会社名)					
	請求者住所	〒	電話	固定		
				携帯		
	死亡した被保険者からみた請求者の続柄		死亡した年月日	平成 年 月 日		
			埋葬(火葬・葬儀等)の日	平成 年 月 日		
	死亡の原因	<input 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 type="checkbox"/> いいえ	左の設定で「はい」の場合 ※「第三者による受傷届」を提出してください。 <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。)			
	生計維持関係確認欄	死亡した被保険者と請求者の生計維持関係について 下記の当てはまる項目の□にVをつけ、右の必要書類を添付してください。			必要添付書類	
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外で、死亡した被保険者の扶養になっていた。	<input type="checkbox"/> 死亡した被保険者の扶養になっていなかったが、生計維持関係はあった。 (どのように生計維持関係があったか具体的に記入してください。)			A [念書(健保所定用紙) 死亡診断書の写し	
	<input type="checkbox"/> 生計維持関係はなかった。	埋葬(葬儀等)に要した費用の額 約 円			A+B (①又は②) B [①<被保険者と同居していた>省略なしの世帯全員の住民票 ②<被保険者と別居していた>続柄のわかるもの(戸籍謄本等)	
<<振込口座>> ※請求者名義の口座を記入してください。 ※ゆうちょ銀行の場合は、記号5桁(本・支店名欄)・番号9桁(口座番号欄)を記入してください。						
金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	名 義 人 名		
		普通		フリガナ		
コードNO	コードNO	当座				
※ 被保険者証の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。(被保険者証の記号番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です。)				備考		
※ 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。						

請求者の印は必ず押してください。

注意事項	① 添付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(翻訳者の氏名・住所等記載)を添付してください。 ② 状況によっては、別途書類の提出をお願いすることがあります。
------	---

 事業所担当者日付印

 健保受付印

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

念 書

被相続人 住 所 〒
(死亡者)

氏 名

上記被相続人の死亡に伴い、私が申請致しました健保給付金の受取に関する責任は、相続人代表である私が負担し、貴健康保険組合に対して一切ご迷惑をおかけしません。

平成 年 月 日

相続人代表者 住 所 〒
(受取人)

電話番号 () ー

被相続人との関係 (続柄)

フリガナ

氏 名

印

[埋葬料及び埋葬費の取扱いについて]

	支給額	請求対象者
埋葬料	一律 5万円	下記イ、ロの両方の条件を満たす者 イ・健保の扶養に入っている、いないに関わらず、生計の一部（金額の多少は問わない）を、死亡したものの収入に頼っていた者。 （従って、親族でも生計維持関係がなければ埋葬費となる。） ロ・実際に埋葬を行った者だけではなく、イに該当する者の内で社会通念上、本来埋葬を行うべき者。
埋葬費	実費の範囲内で 上限 5万円	上記に該当しない場合で、実際に埋葬を行った者