

支給決定決議書						
健保 使用 欄	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					
	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

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）

請 求 者	記入日	平成 29 年 1 月 20 日	死亡した被保険者の氏名	フリガナ ヤマハ タロウ 山葉 太郎	請求者印	山葉
	被保険者証記号-番号	1 - 123456	請求者名	フリガナ ヤマハ ハナコ 山葉 花子		
	被保険者の事業所名(会社名)	ヤマハ(株) 総務部				
	請求者住所	〒 430 - 1101 浜松市中区中沢町1111	電話	固定 053-472-1000 携帯 090-0000-0000		
生 計 維 持 関 係 入 認 欄	死亡した被保険者からみた請求者の続柄	妻	死亡した年月日	平成 29 年 1 月 3 日		
	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	埋葬(火葬・葬儀等)の日	平成 29 年 1 月 5 日		
	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。)			
	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				
生 計 維 持 関 係 入 認 欄	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	A 念書(健保所定用紙) 死亡診断書の写し				
	<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。	A+B (①又は②)				
	<input type="checkbox"/> 死亡した被保険者の扶養になっていなかったが、生計維持関係があった。 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。	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)				
<input type="checkbox"/> 生計維持関係はなかった。	A+Bに加え下記の書類 埋葬(葬儀等)に要した費用の領収書(原本)及び領収明細書					
※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。						
欄	金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	名義人名	
	静岡	浜松営業部	普通	1234567	フリガナ ヤマハ ハナコ 山葉 花子	
	コードNO 149	コードNO 361	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。) ※ 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。

添付書類を必ず付けてください。

請求者名義の口座を記入してください。

亡くなった方が退職後の任意継続保険被保険者だった場合は、請求者名義のゆうちょ銀行の口座を記入してください。

※医師等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(翻訳者の氏名・住所等を記載したもの)も併せて添付してください。

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

H29. 6. 1改訂

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

念 書

被相続人 住 所 〒 430 - 1101
(死亡者) 浜松市中区中沢町1111

氏 名 山葉 太郎

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 29 年 1 月 20 日

相続人代表者 住 所 〒 430 - 1101
(受取人) 浜松市中区中沢町1111

電話番号 (053) 472 - 1000

被相続人との関係 (続柄) 妻

フリガナ ヤマハ ハナコ

氏 名 山葉 花子



[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