

健康保険

被保険者
家 族

埋葬料（費）

及び
付加金

支給申請書

請求者の記入するところ	保 險 証	記 号		被保険者（請求者） の氏名と印		印
		番 号				
	被保険者（請求者） の住所	(〒 -) (電話 - -)				
	被保険者の勤務 していた又は勤務 する事業所の	名 称		所在地		
	死亡した年月日	令和 年 月 日		死亡した原因		
	被保険者が死亡した ための請求である ときは、その者の	被保険 者氏名			埋葬した年月日	令和 年 月 日
		死亡した被保険者と 請求者との身分関係			(※1) 埋葬に 要した費用	円 (別紙 領収書のとおりに)
	被扶養者が死亡した ための請求である ときは、その者の	被扶養 者氏名			生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
		被保険者との続柄				(※2) 備考欄

令和 年 月 日 提出

事業主の証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡		
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所 所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名 印 愛知紙商健康保険組合理事長 殿			

委任状	この給付金の受領に関する権限を		
	受任者	事業所名 (住所)	に委任します。
		氏 名	
		印	
		被保険者（請求者）氏名 印	

- (※1) 被扶養者の申請の場合 … (添付書類) 不要
- (※2) 被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方の申請の場合 … (添付書類) 住民票
- (※3) 上記(1)(2)の人がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合 … 埋葬に要した費用の領収書の原本
- (※4) 保険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。

この欄以降は健康保険組合処理欄です。

算出基礎

- ①

埋葬料

付加金

支給金額

50,000円 + (5,000円) = 円
- ②

家族埋葬料

付加金

支給金額

50,000円 + (3,000円) = 円
- ③

埋葬費（限度額 50,000円以内）

支給金額

(埋葬に要した費用 円) = 円