

被保険者  
健康保険 家族 埋葬料(費)・付加金 支給申請書  
あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

## 被保険者の情報

\*下線部分にご記入ください

記号・番号 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 店番・所属 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_

保険証の記号・番号が不明な場合は、マイナンバー（番号）を記入してください。

\_\_\_\_\_ \*記入した場合は、マイナンバーの写しが必要です

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和 平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

郵便番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 都 道 府 県 \_\_\_\_\_

電話番号（日中連絡が取れる番号） \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 振込先指定金融口座

口座名義の区分 \_\_\_\_\_ ・ 申請者 \_\_\_\_\_ ・ 代理人 \_\_\_\_\_

金 融 機 関 名 あいち銀行 支店名 \_\_\_\_\_

給与振込口座 普通預金 口座番号 \_\_\_\_\_

口座名義人（カタカナで記入してください） \_\_\_\_\_

\* 公金口座の金融機関へ振込の場合は、健康保険組合へご連絡ください

## 申請内容

亡くなられた方について

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡年月日 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

死 亡 原 因 \_\_\_\_\_

第三者の行為によるものですか？ はい いいえ

\* 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を併せて提出願います

- ・ 被保険者が亡くなった場合

代理人の氏名 \_\_\_\_\_

被保険者と申請者との間柄 \_\_\_\_\_

- ・ 家族（被扶養者）が亡くなった場合

生年月日 昭和 平成 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

続 柄 \_\_\_\_\_

埋葬した年月日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

埋葬に要した費用の額 \_\_\_\_\_円

亡くなられた方は退職等により当健康保険組合の被保険者資格喪失後、家族の被扶養者になった方で、今回の請求は下記3つのいずれかに該当することによる請求ですか

・はい    ・いいえ

- ・資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなった
- ・資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を受給中に亡くなった
- ・資格喪失後、傷病手当金や出産手当金の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなった

\*「はい」の場合、資格喪失後にご家族の被扶養者に加加入していた健康保険の保険者名と、記号、番号を記入してください。

保険者名 \_\_\_\_\_

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

### \* 添付書類 \*

- ・死亡したことを証明する書類の写し  
(死亡診断書・埋葬許可証火葬許可証など)

\* 埋葬費の請求の場合は、死亡証明のほかに埋葬にかかった費用の領収書を添付してください

### 事業主記入欄

氏名 \_\_\_\_\_

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

事業所名称

事業主氏名

事業所所在地

印

電話番号

M1-018  
第3種保存期間 10年  
令和7年4月1日改正

受付日付印