

被扶養者が亡くなった場合の記入例

K-037 ()

日立健康保険組合 御

健康保険 埋葬料・埋葬費請求書

※太枠線内を記入してください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

提出	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
被保険者等 記号・番号	記号 1 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0	被保険者 氏名 (7桁) ケンボ マサミ 3 健保 正美
事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇		従業員番号 〇〇課 所属・電話 (TEL: 000-000-0000)
死亡年月日	令和 〇〇 年 2 月 1 日	死亡原因	腎不全
被保険者 が亡く なったとき	被保険者 氏名	埋葬年月日	令和 年 月 日
被扶養者 が亡く なったとき	被扶養者 氏名 健保 薫	被保険者と 請求者の 身分関係	配偶者
4	第三者の行為によって亡くなったものであるかないかの別		有 ・ 無
5	亡くなった方が日立健保の資格を喪失している場合、 直近の健康保険の保険者名		
6	給付金の振込みについて ■被扶養者が亡くなったとき 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます ■被保険者が亡くなったとき 請求者の口座へ振込みます ⇒ 振込先欄に請求者の口座をご記入ください		
7	委任状 本請求に基づき給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____		
8	振込先 口座番号	口座名義人	(7桁) _____

上記のとおり相違ないことを証明します

令和 〇〇 年 3 月 2 0 日

7 所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

事業主証明欄
事業主の名称 株式会社〇〇〇〇〇 〇〇〇-000-0000

氏名 総務課長 〇〇 〇〇

事業所コード 0 0 0 0

事業所担当者 年 月 日 氏名

【添付書類】
申請される方によって異なります。
別紙「記入例」をご覧ください。

受付日付印

インプット

次のような場合に、この申請書をご使用ください。
被扶養者が亡くなった場合

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- 被扶養者にチェック(✓)を記入してください。
- 事業所(会社)に提出する日(任継・特退の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- 被保険者氏名を記入してください。
- 交通事故等、第三者の行為により亡くなった場合には「有」を選択してください。
この場合、速やかに健保組合へその旨を連絡してください。
- 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。
委任状作成の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。
- 上記⑤に該当しない場合は、健保組合または事業所(会社)へ届出した銀行口座に振り込みます。
- 事業主が該当する方の死亡を証明できるとき、記入してもらってください。
※記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にご二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

- 死亡診断書(写し)又は埋葬・火葬許可証(写し)
※事業主の証明がある場合は添付不要です。

◆ 送付先

紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

- 一般被保険者(従業員)の方 → 事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
- 任継・特退被保険者の方 → 下記宛に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

◆ 提出期限

亡くなった日の翌日から2年以内に請求してください。

留意事項

- 支給日および支給方法
 - 毎月20日迄に健保組合に到着した分は、翌月15日に支給いたします。(休日の場合は前倒し)但し、申請内容によっては審査に時間を要し、支給が翌々月以降になることがあります。(事業所により、締切日が別途設定されている場合があります)
 - 支給方法は、「①健保組合から直接個人宛に支給」「②事業所から給与にて支給」があります。詳細は、事業所の健康保険担当の方にご確認ください。
- 決定額通知について
 - 支給金額は、「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」でご確認いただけます。「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」は、日立健保ホームページの「MY HEALTH WEB」に掲載しています。