

埋葬料申請書 ～事業主の方へ～

ベネッセグループ 健康保険組合

支給日

当健保組合では、毎月4回、支払日を設けております。(5日頃、15日頃、25日頃、月末頃)振込を希望される支払日の10営業日前までに健保組合へ申請書が到着することが必要です。支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」を自宅へお送りしています。

【埋葬料対象者】

- **本人**：当健保組合グループ会社でお勤めの方です。
- **家族**：当健保組合の被保険者証に加入している家族です。
他の健康保険（国民健康保険）に加入している家族は申請の対象となりませんのでご注意ください。

【添付書類】

- 医療機関の「死亡診断書」又は市区町村の「埋葬許可書」等死亡日がわかるものの写し
- 本人が死亡した場合、本人と請求人の姓が異なる場合、本人との続柄がわかるもの（戸籍謄本等）の写し（ただし、姓の異なる請求人が、当健保組合の被保険者証に家族として加入している場合は不要）
- 本人が死亡した場合、死亡した方に家族がなく、実際に埋葬を行った方が請求する場合は、「埋葬に要した費用の領収書」写し

【振込希望銀行】 ※記載誤りの場合は決定振込日より遅くなります。

- 家族が死亡した場合は、被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）名義の口座になっているか確認下さい。記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定することをおすすめします。
- 本人が死亡した場合は、請求人名義の口座になっているか確認下さい。
- ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

【被保険者の住所・氏名・印】

- 家族が死亡した場合は、被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）の郵便番号・住所・氏名・押印を確認下さい。
- 本人が死亡した場合は、請求人の郵便番号・住所・氏名・押印を確認下さい。
記載のない場合、不備の場合は、「支給決定通知書」を自宅へ送付できません。
(各会社・団体経由でお送りします)


【その他】

- 「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。
振込完了後はコピーをとることができません。
- 健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。


該当する事項に○

本人・家族

埋葬料(費)申請書

被保険者証の 記号・番号	999-123	被保険者が勤務して いる(勤務していた) 事業所名	○○○○株式会社		
死亡した方の 氏名	(当健保組合の被保険者証 に入っている方のみ対象) 健保 花子	埋葬した日 (ご葬儀の日)	平成○年○月○日	被保険者との 続柄	母
死亡年月日	(和暦)平成○年○月○日	死 原 因	脳血管疾患		
※この欄は、「被保険者本人」が死亡した場合で、死亡した方に家族がない場合に記入 埋葬に要した金額(領収書写し添付)					(領収書写し添付) 円
振込希望銀行	※死亡した方が家族の場合は被保険者本人名義の口座 死亡した方が被保険者本人の場合は請求人名義の口座 ○○ 銀行 ○○ 支店 (普通・当座) No. XXXXXXXX カナメイギ (ケンポ タロウ) (支店番号△△△) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付				
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿					
上記のとおり埋葬料(費)を請求します。(記入日)平成○年○月○日					
〒 XXX-XXXX 請求者の住所 ○○県○○市○○区○○町1-2-3					
氏 名 健保 太郎  死亡した方が被保険者本人の場合は、 ご遺族の方が請求人となります。					
電 話 番 号 (XXX-XXX-XXXX)					
※各会社・団体人事へご提出ください。					

※死亡した方が「家族」の場合は、その方が当健保組合の被保険者証に加入していることが条件です。

事業主の 証明	死亡した 方の氏名	健保 花子	死亡した方 の区分	被保険者 (本人)	<u>被扶養者 (家族)</u>
	死亡した 年月日	(和暦)平成○年○月○日死亡	被保険者本人と請求する方との続柄	本人	
	上記のとおり相違ないことを証明します。(証明日)平成○年○月○日				
事業主 住所 〒 - 事業主証明 印					
氏名 					

<添付書類>

- ・医療機関の「死亡診断書」又は「市区町村の埋葬許可証」等、死亡日が証明されているものの写しを添付してください。
- ・「被保険者本人」が死亡した場合で、死亡した方に家族がないため、実際に埋葬を行った方が請求する場合は、「埋葬に要した費用の領収書写し」を添付してください。
- ・「被保険者本人」が死亡した場合で、請求人の姓が「被保険者本人」と異なる場合は、「被保険者本人」との続柄がわかるもの(「戸籍謄本写し」等)を添付してください。
(ただし、当健保組合の被保険者証に家族として加入している場合は不要)