

埋葬料申請書～被保険者の方へ～

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)

受付から支払いまで、10営業日以降の支払い日となります。

支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」をお送りします。

【提出先】

- ・各会社・団体人事へ提出してください。

「被保険者等の記号・番号」「事業所の名称」は、ベネッセグループ健保組合加入(在職)中における情報を記入してください。

【埋葬料対象者】

・本人：当健保組合の健康保険に加入している本人（被保険者）です。

・家族：当健保組合の健康保険に加入している家族（被扶養者）です。

他の健康保険に加入している家族は申請の対象なりません。

【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

※埋葬許可書の死因がその他の場合は、死亡診断書または死体検案書の写し

・本人、家族（被扶養者）が死亡した場合、本人、家族との続柄がわかるもの（戸籍謄本）の写し

・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（当健保組合の健康保険に本人として加入している方）名義の口座に限りさせていただきます。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、請求人名義の口座を記入してください。
- ・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】

- ・家族が死亡した場合は、被保険者本人（当健保組合の健康保険に本人として加入している方）の郵便番号・住所・氏名を記載してください。
- ・被保険者本人が死亡した場合は、請求人の郵便番号・住所・氏名を記載してください。

【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。

健保組合へ提出された後は、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、「被保険者等の記号・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

被保険者等の記号・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	(当健保組合の健康保険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)	令和〇年〇月〇日	被保険者との続柄 母
死亡年月日	(和暦) 令和〇年〇月〇日	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いない場合に記入			(領収書写し添付)	
埋葬に要した金額 円				
振込希望銀行	○○銀行 ○○支店 (普通) 当座 (支店番号△△△) ※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 ※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) 令和〇年〇月〇日	
〒 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健康保険に加入していることが条件です。

事業主の證明	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)	被扶養者 (家族)
	死亡した年月日	(和暦) 令和〇年〇月〇日死亡		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) 令和〇年〇月〇日					
	〒 事業主住所 事業主證明 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いなかったため、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、請求人が死亡した方の健康保険の被扶養者でない場合は、「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。