

## (記入解説)

- ① 健康保険被保険者証の上部に記載してある記号・番号をご記入ください。
- ② 氏名の記入⇒ご家族が亡くなられた場合は被保険者氏名、被保険者が亡くなられた場合は埋葬を行った方の氏名をご記入ください。
- ③ 請求者のご住所をご記入ください。
- ④ 勤務している会社名と所在地をご記入ください。
- ⑤ 亡くなられた日付をご記入ください。
- ⑥ 亡くなられた原因をご記入ください。
- ⑦ 亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。
- ⑧ 被保険者の埋葬が行われた日付をご記入ください。
- ⑨ 埋葬に要した費用を正確にご記入ください。・・・埋葬に要した費用の領収書を参照
- ⑩ 亡くなられた方と請求者の続柄をご記入ください (配偶者・長男など)
- ⑪ 亡くなられた被扶養者の氏名をご記入ください。
- ⑫ 被扶養者の生年月日をご記入ください。
- ⑬ 被保険者からみた続柄をご記入ください (配偶者・長男など)
- ⑭ 被扶養者が亡くなられた時は、給与に加算給付をするので委任状に記入してください。
- ⑮ 被保険者が亡くなられた時は、ご家族へ直接給付しますので、「受領代理人届」に記載してご提出ください。(郵便局・ゆうちょ銀行以外でお願いします)

※申請方法は、現行通り被保険者証の記号番号でお願い致します。個人番号の記載は不要です。

【条件】 ・ 文化シャッター健康保険組合の被保険者・被扶養者が亡くなったとき

【提出書類】 ・ 当申請書・事業主 (人事部) の証明のあるもの

- ・ 埋葬許可証のコピー または 死亡診断書のコピー
- ・ 被保険者が亡くなり、配偶者が文化シャッター健康保険組合の被扶養者の場合は、配偶者名義の振込先口座の書いた「受領代理人届」も必要です。
- ・ 被保険者が亡くなり、埋葬を行った配偶者が文化シャッター健康保険組合の被扶養者でないときは、戸籍抄本 (被保険者氏名と配偶者氏名と続柄の記載があるもの) 原本と、配偶者名義の振込先口座 (ゆうちょ銀行以外) の書いた「受領代理人届」も必要です。
- ・ 埋葬を行った方が配偶者ではない場合は、お問い合わせください。

【支給額】 文化シャッター健康保険組合の被保険者・被扶養者は上限5万円が支給となります。



同 年 月 日	令和	年	月	日	常 務 理 事	事 務 長	係 員
支 払 額	¥						
支 給	法定				円	死 亡 し た 日	被 扶 養 者 照 合
決 定 額	附加				円	令和	年 月 日

### 健康保険 被保険者 埋葬諸費・家族埋葬料 請求書

被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	請求者の 氏名と印				
	請求者の現住所	〒					
	被保険者勤務し ていた又は勤務 する会社の	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	氏名	埋葬した 年月日	年月日	埋葬に要した 費用	円	別紙証拠書
	は被保険者の 被保険者の最後の標準報 酬 月 額	円		死亡した被保険者と 請求者との関係			
被扶養者が死亡した ための請求であるとき	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	被保険者 との続柄			
備考	被保険者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。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする為の添付書類が必要です)						

令和 年 月 日提出

事 業 主 の 証 明	死亡した者 の氏名			死亡した者は	被保険者との続柄 被保険者・被扶養者 ( )
	死亡した年月日	令和	年 月 日	死亡の原因	
	上記のとおり相違ない事を証明します。				令和
	事業主 住所				
	氏名				

提出順序 : 請求者⇒支社・支店⇒本社(人事)⇒健康保険組合

\*被扶養者が亡くなられた場合は、給与加算給付をするので下記委任状に記入してください。

委 任 状	私は、 _____ にこの本人・家族、埋葬諸費、埋葬料の受領方を委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者 住 所 氏 名 _____
	受任者 住 所 氏 名 _____

添付書類 → 死亡の確認できる書類  
(死亡診断書・埋葬許可書・  
いずれかのコピーで可)

R3.3.4

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」上記の個人情報の利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入いたします。

## 受領代理人届

(被保険者が亡くなられた時に使用してください)

文化シャッター健康保険組合

理事長 市川 治彦 殿

今後、健康保険組合より被保険者に支払われる給付費等の受領については、  
下記受領代理人口座へお振込下さるようお願い致します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

受領代理人氏名 **【 自署 (入力不可) 】** \_\_\_\_\_

振込銀行 支店名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店  
(ゆうびん局・ゆうちょ銀行以外をご記入ください)

口座番号 普通・当座 \_\_\_\_\_

口座名義名 (フリガナ) \_\_\_\_\_

令和 年 月 日 提出