

被保険者(本人)が死亡した場合

☒ 被保険者

☐ 被扶養者(家族)

埋葬料(費)支給申請書

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------|---|------|
| 被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄 | 記号・番号 | XXXX - XXXXXX | 電話番号 日中の連絡先 | XXX-XXX-XXXX | | |
| | 会社・事業所名 | 〇〇株式会社 〇〇事業所 | 部署名 | 〇〇部〇〇課 | | |
| | フリガナ | ケンコウ タロウ | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 Y 年 M 月 D 日 | |
| | 被保険者氏名 | 健康 太郎 | | | | |
| | 死亡者氏名 | 健康 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ① へ <input type="checkbox"/> 被扶養者 ② へ | 続柄 | 本人 | |
| | 死亡年月日 | 令和 Y 年 M 月 D 日 | 埋葬年月日 | 令和 Y 年 M 月 D 日 | | |
| | 死亡要因 | 心不全 | | | | |
| | 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| | 通勤途上または業務中によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| | ① 被保険者(本人)が死亡した場合の申請 | | | | | |
| | 請求者氏名 | 健康 花子 | | 続柄 (本人との関係) | 妻 | |
| | 請求者連絡先 | 住所 | 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X | | | |
| | | 電話 | XXX-XXX-XXXX | | | |
| | 振込先情報 | | | | | |
| | 金融機関コード | 銀行 | 店舗コード | 支店 | 種目 | 口座番号 |
| フリガナ | | | | | | |
| 請求者の口座情報をご記入ください | | | | | | |
| ② 被扶養者(家族)が死亡した場合の申請 | | | | | | |
| 在職中の給付金支払い に関する同意 | | <input type="checkbox"/> チェック不要 することに同意します。 | | | | |
| 添付書類 : 申請書にホチキス留めして下さい。 | | | | | | |
| 死亡診断書・市区町村の埋火葬許可証・死体検案書・検視調査 いずれかの写し | | | | | | |
| 被保険者死亡の場合は下記該当する書類も添付して下さい。 | | | | | | |
| ・ 当健保の被扶養者でない親族が申請する場合 → 戸籍謄本等の写し | | | | | | |
| ・ 親族以外の方(友人等)が申請する場合 → 請求者宛の 埋葬に要した費用の領収書 埋葬内訳明細 | | | | | | |
| 事業主の 証明欄 | 上記のとおり相違ない | | | | | |
| | 所在地 名称 代表者氏名 | ・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正した場合は、訂正印を押してください。 任意継続者 : 事業主証明不要 | | | | |
| | いるかご確認ください。 正印を押してください。 | | | | | |
| 健保 記入欄 | 支給額 | | 支給日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 備考 | | | | | |

古河電工健保組合加入の家族が死亡した場合

☐ 被保険者☒ 被扶養者(家族)

埋葬料(費)支給申請書

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
| | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|-------|--|
| 被保険者(申請者)記入欄 | 記号・番号 | XXXX - XXXXXX | 電話番号 日中の連絡先 | XXX-XXX-XXXX | | |
| | 会社・事業所名 | 〇〇株式会社 〇〇事業所 | 部署名 | 〇〇部〇〇課 | | |
| | フリガナ | ケンコウ タロウ | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 Y 年 M 月 D 日 | | |
| | 被保険者氏名 | 健康 太郎 | | | | |
| | 死亡者氏名 | 健康 花子 | <input type="checkbox"/> 被保険者 ① へ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ② へ | 続柄 | 妻 | |
| | 死亡年月日 | 令和 Y 年 M 月 D 日 | 埋葬年月日 | 令和 Y 年 M 月 D 日 | | |
| | 死亡要因 | 心不全 | | | | |
| | 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| | 通勤途上または業務中によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| | 記入不要 | | | | | |
| ② 被扶養者(家族)が死亡した場合の申請 | | | | | | |
| 在職中の給付金支払いに関する同意 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 任意継続者チェック不要 | | | |
| 添付書類 : 申請書にホチキス留めして下さい。 | | | | | | |
| 死亡診断書・市区町村の埋火葬許可証・死体検案書・検視調書 いずれかの写し | | | | | | |
| 被保険者死亡の場合は下記該当する書類も添付して下さい。 | | | | | | |
| ・ 当健保の被扶養者でない親族が申請する場合 → 戸籍謄本等の写し | | | | | | |
| ・ 親族以外の方(友人等)が申請する場合 → 請求者宛の 埋葬に要した費用の領収書 埋葬内訳明細 | | | | | | |
| 事業主の証明欄 | 上記のとおり相違 | ・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正した場合は、訂正印を押してください。 任意継続者 : 事業主証明不要 ・古河電工健保組合未加入の家族は対象外です。 | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| 代表者氏名 | | | | | | |
| 健保記入欄 | 支給額 | | 令和〇 | 令和 | 年 月 日 | |
| | 備考 | | | | | |