

**記入例**

本人（被保険者）が死亡した場合の申請  
 ※但し、請求者が本人の被扶養者ではない場合

常務理事	事務長	調査	G L	担当
------	-----	----	-----	----

**被保険者 被扶養者 埋葬料(費)・付加金請求書**

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

5. 4. 3. 2. 1.

この請求書に記載の個人情報は、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることにより利用します。この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

5. 4. 3. 2. 1. 標題の「被保険者」は、被扶養者の別、および、⑤(1)の④の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑦、⑤(1)の⑤、⑤(2)の④、⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑦、⑤(1)の⑤、⑤(2)の④、⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑦、⑤(1)の⑤、⑤(2)の④、⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。

5. 4. 3. 2. 1. 標題の「被保険者」は、被扶養者の別、および、⑤(1)の④の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑦、⑤(1)の⑤、⑤(2)の④、⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。

① 被保険者証の  
 記号 **資格喪失後の場合は、  
 在職中の記号・番号を  
 記入してください** ② 請求者の氏名と生年月日 **健保 鉄男** (印)  
 番号 **S H** 〇年〇月〇日

③ 被保険者の現住所 (郵便番号) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (東京都) (電話番号) ××-××××-××××

④ 事業所の名称 **本人(被保険者)の在籍していた会社名(事業所名)を記入してください**

⑤ 死亡した方の  
 死亡年月日 平成 〇年〇月〇日 ⑥ 死亡原因 **急性心不全** ⑦ 第三者の行為によるものですか  
 はい  いいえ 「はい」の場合は「第三者行為届」を提出してください。

⑤-1 家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき  
 ⑦ ① 家族の氏名 **記入の必要はありません** ② 生年月日 S・H 年 月 日 ③ 被保険者との続柄  
 ④ 亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。  
 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき  はい  いいえ  
 ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき  
 ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき  
 「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。 保険者名  
 記号・番号

⑤-2 被保険者が死亡したための申請であるとき  
 ⑦ 被保険者の氏名 **健保 太郎** ⑧ 被保険者から見た申請者との身分関係 **父**  
 ⑨ 埋葬した年月日 平成 〇年〇月〇日 ⑩ 埋葬に要した費用の額 △△△△△円  
 ④ 亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。  
 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき  はい  いいえ  
 ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき  
 ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき  
 「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。 保険者名  
 記号・番号

⑧ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。  
 平成 年 月 日  
**余白部に振込口座を記入**  
 住所 事業所名 **記入する必要はありません**  
 被保険者氏名 (印) 代理受領者 (印)

⑨ 死亡した者の氏名 ⑩ 死亡した者  被保険者  被扶養者  
 ⑪ 死亡した年月日 平成 年 月 日 死亡  
 ⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。  
**事業主にて証明するところ**  
 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 (印)  
 (電話番号)

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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印