

# 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
<div style="background-color: yellow; text-align: center; padding: 10px;">                 請求者の口座情報をご記入ください             </div>						
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"/> <b>チェック不要</b>				
添付書類 : 申請書にホチキス留めして下さい。						
<div style="background-color: yellow; padding: 10px;">                 ・添付書類が揃っているかご確認ください。                  ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。             </div>						
事業主の 証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		【事業主へお願い】			
	所在地 名称	問合せ担当者	・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。			
	代表者氏名 <small>住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。</small>	←担当者データ印または朱印				
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		
	被保険者氏名	健康 太郎		Y 年 M 月 D 日		
	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。						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・添付書類が揃っているかご確認ください。</li> <li>・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。</li> <li>・古河電工健保組合未加入の家族は対象外です。</li> </ul>						
事業主の 証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			【事業主へお願い】		
	所在地	問合せ担当名		・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。		
	代表者氏名	住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。		←担当者データ印または朱印		
健保記 入欄	支給額		支給日	令和 年 月 日		
	備考					