（特退・任継用）

埋葬料（費）の申請手続きについて

被保険者本人が死亡した場合、埋葬した方に埋葬料もしくは埋葬費を支給します。

☐ 被保険者により生計を維持されていたことが確認できた場合→ **1.埋葬料** を支給

☐ 確認できなかった場合、または生計維持関係がなかった場合→ **2.埋葬費** を支給

※被保険者本人死亡の場合は、埋葬料（費）の請求と併せて、被保険者資格喪失のお手続きをお願いします。「３．被保険者資格喪失のお手続きについて」をご参照ください。

Ｉ．埋葬料

（Ｉ） 支給要件　　被保険者により生計を維持されていたことが確認できた場合

（２） 支給金額　　Ｉ０万円（埋葬料５万円　＋　埋葬料付加金５万円）

（３） 提出書類

① 被保険者死亡時に健康保険の被扶養者だった方
○埋葬料（費）請求書 ○埋･火葬許可書（写）、死亡診断書（写）、死体検案書（写）等、死亡の事実が確認できる書類 ○請求者の口座番号がわかる通帳コピー

② 健康保険の被扶養者ではないが被保険者死亡時に同居していた方
○埋葬料（費）請求書 ○埋･火葬許可書（写）、死亡診断書（写）、死体検案書（写）等、死亡の事実が確認できる書類 ○住民票（被保険者名と請求者名記載、発行日から3か月以内のもの）等、同居していたことがわかる書類 ○請求者の口座番号がわかる通帳コピー

③ 健康保険の被扶養者でもなく被保険者死亡時に非同居の方
○埋葬料（費）請求書 ○埋･火葬許可書（写）、死亡診断書（写）、死体検案書（写）等、死亡の事実が確認できる書類 ○被保険者から請求者への仕送りの事実がわかる預貯金通帳や現金書留の封筒の写し（直近3カ月以内）または被保険者が請求者の公共料金等を払ったことがわかる領収書の写し等 ○請求者の口座番号がわかる通帳コピー

２．埋葬費

（Ｉ）支給対象　　被保険者により生計維持関係がなかった（確認できなかった）方
・埋葬費は埋葬を行った方（領収書に記載されている方）に支給します。
本届出（請求）につきましては、埋葬を行った方からご請求ください。

（２）支給金額　　実際に埋葬に要した費用（５万円の範囲内）となります。

（３）提出書類

○埋葬料（費）請求書 ○埋葬に要した実費の領収書および費用の内訳書（埋葬した方の氏名記載のもの） ○請求者の口座番号がわかる通帳コピー

３．被保険者資格喪失のお手続きについて

（１）提出書類等

〇資格喪失申出書 兼 保険料返金請求書

〇戸籍謄本（写）

・被保険者と届出者（請求者）の続柄が確認できるもの

〇健康保険証

・富士通健保組合の被扶養者がいる場合は、全員分

・保険証は切らずに油性ペンで「無効」と記載してください。

・健康保険証が返却できない場合は、「健康保険被保険者証 返却不能届」をご提出ください。

（２）連絡事項

・「資格喪失申出書 兼 保険料返金請求書」については可能な限り「相続権」のある方が申請してください。保険料返還金や付加給付金等がある場合、お支払いいたします。
「相続権」が無い方が申請された場合には、保険料返還金や付加給付金等はお支払いできません。
ただし、「相続権」がない方でも埋葬料（費）は、埋葬を行った方にお支払いいたしますので、「埋葬料（費）請求書」をご申請ください。

４．支給日

当健保組合に書類一式が到着した翌月末（金融機関最終営業日）に届出者（請求者）の口座に振込予定です。
ただし、埋葬料（費）と保険料過払金の返金、付加給付金のお振込みは、月が異なる場合がございます。ご了承くださいますようお願い申しあげます。

５．送付先

〒７９０－００１１
愛媛県松山市千舟町５－６－１　ひめぎん末広町ビル
富士通健康保険組合　事務サポートセンター
特例退職または任意継続担当　宛

６．お問い合わせ先

富士通健康保険組合　特例退職または任意継続担当
電話：０４４－７３８－３０１０
※音声案内の【１】【１】を押してください。

健保組合	常務理事	事務局長	主査	担当

埋葬料（費）請求書

（特退・任継用）

太枠の中をご記入ください（選択肢には〇をつけてください）

申請内容					
被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		
死亡した方の氏名			死亡年月日	令和　年　月　日	
死亡の原因					
第三者行為（交通事故やケンカ等）によるものであるかの確認			該当する　・　該当しない		
請求者	氏名		被保険者との続柄		
	被保険者死亡時、富士通健保の被扶養者でしたか（「いいえ」の場合、下欄も選択）		はい　・　いいえ		
	被扶養者でなかった場合、被保険者との同居/非同居		同居　・　非同居		
被保険者と生計の維持関係がなかった方が埋葬を行った場合は記入		埋葬年月日	令和　年　月　日		
		埋葬費用	円		

※埋葬費用を支払った方（領収書に記載されている方）が請求してください。

振込先			
金融機関名		支店名	
口座種別	普通　・　当座	口座番号	
口座カナ名義			

上記の通り申請いたします。

申請年月日	令和　年　月　日
住所	〒
日中つながる電話番号	
氏名	

※健康保険法施行規則改正に伴い、本書類への押印は不要といたします。

健保記入欄
円