（特退・任継用）

家族埋葬料の請求手続きについて

１．家族埋葬料について

・支給対象　　 被扶養者が死亡した場合に、被保険者に支給

・支給金額　　 ６万円（家族埋葬料５万円　＋　家族埋葬料付加金１万円）

・提出書類　　 ・家族埋葬料請求書

　　 　　　 ・埋・火葬許可書（写）、死亡診断書（写）、死体検案書（写）等、死亡が

確認できる書類

　　 ■被扶養者が死亡した場合は、埋葬料の請求と併せて被扶養者減少のお手続き

をお願いします。

 　 　 ・健康保険被扶養者（異動）届

　　 　　　 ・健康保険証

　　　 　 　 ※保険証は切らずに油性ペンで「無効」と記載してください。

　　　 ・＜交付されている方のみ＞

健康保険限度額適用認定証、健康保険特定疾病療養受療証

・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）に被保険者の

口座(保険料引落口座）に振込予定

２．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

３．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 |
|  |  |  |  |

（特退・任継用）

**家族埋葬料請求書**

**太枠の中をご記入（選択）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 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 死亡した年月日 | クリックまたはタップして日付を入力してください。 |
| 死亡の原因 / 傷病名 |  |
| 傷病の原因が第三者行為（交通事故やケンカ等）によるものであるかの確認（いずれかに☑） | [ ] 　第三者行為によるもの　[ ] 　該当しない |
| 上記の通り申請いたします。 |
| 申請年月日 | クリックまたはタップして日付を入力してください。 |
| 被保険者 | 住所 |  |
| 電話 |  |
| 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。

【 添付書類 】

死亡の事実が確認できる書類（埋・火葬許可書、死亡診断書、死体検案書などのコピー）

|  |
| --- |
| 健保記入欄 |
| 円 |