

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。
 - ※保険証が返却できない場合は、「返却不能届」をご提出ください。
 - <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

〒540-0001
大阪府中央区城見2丁目2-53 大阪東京海上日動ビル
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 | 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 | 年 月 日 | | |
| | 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 | 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 | 年 月 日 | | |
| | 住所 | | | |
| 被保険者 | 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 |