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 | 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 〒790-00|| 愛媛県松山市千舟町5-6-| 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【 | 】 【 | 】を押してください。

健	常務理事	事務局長	主査	担当
保				
組				
合				

(特退・任継用)

家族埋葬料請求書

太枠の中をご記入ください(選択肢には○をつけてください)

	Miles Le Brottier (Marie de Sin Citée)								., . ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
	被保険者証	記号		番号		被保険者氏名			
申請內容									
	死亡した方の氏名						被保険者と	との続柄	
	死亡した年月日		令和		年		月	日	
	死亡の原因 / 傷	病名							
	第三者行為(交通事故やケンカ等)によ ものであるかの確認			による	is当する ・ 該当しない				
	上記の通り申請いたします。								
	申請年月日		令和		年		月	ŀ	3
		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