

埋葬料（費）の請求手続きについて

1. 埋葬料・埋葬料付加金

被保険者本人が死亡した場合で、遺族からの請求があった場合に支給されます。

- 1) 支給金額：一律 10万円（埋葬料5万円 + 埋葬料付加金5万円）
- 2) 支払先：遺族の方に支給されます。

2. 埋葬費

被保険者本人が死亡した場合で、遺族がなく友人・知人等が埋葬した場合に支給されます。

- 1) 支給金額：5万円 実際に埋葬に要した費用（5万円の範囲内）
- 2) 支払先：実際に埋葬を行った方に支給されます。

※埋葬費を請求する場合は、埋葬に要した実費の領収書および費用の内訳書を送付してください。

3. 家族埋葬料

被扶養者が死亡した場合に支給されます。

- 1) 支給金額：一律 6万円（家族埋葬料5万円 + 家族埋葬料付加金1万円）
- 2) 支払先：被保険者本人の保険料振替口座に支給されます。

4. 提出先

※「資格喪失申出書兼保険料返金請求書」および「健康保険被扶養者（異動）届」と一緒に以下に送付してください。

〒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

044-738-3010

■注意事項

以下の書類の提出も必要となりますので、ご確認ください。

◆被保険者（本人）死亡

- ・資格喪失申出書兼保険料返金請求書
- ・健康保険証（全員分）
- ・請求者の口座番号のわかる通帳のコピー

◆扶養者（家族）死亡

- ・健康保険被扶養者（異動）届
- ・健康保険証（対象ご家族分）

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

埋葬料（費）・埋葬料付加金・家族埋葬料請求書

	健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者	
記号一番号	特例退職者医療制度	9001	— ●●●●●●●●						
	任意継続被保険者制度	1851	—						
被保険者氏名	フリガナ	フジ	ミチオ	性別	○男・女				
		富士	道男						
生年月日	昭和・平成	●●	年	押印は不要です。					
死亡者氏名	フリガナ	フジ	ミチオ						
		富士	道男						
生年月日	昭和・平成・令和	●●	年	●●	月	●●	日	続柄	本人
死亡年月日	令和	●●	年	●●	月	●●	日		
死亡原因	心不全								
	※死亡原因が自死（自傷行為）の場合の医療行為の有無（有・無）								
	死亡が第三者の行為によるときは、その事実および第三者の住所、氏名を記載ください								
※埋葬年月日	令和	年	月	日	※遺族以外からの請求の場合のみ記載				
※埋葬に要した費用	円 ※遺族以外からの請求の場合のみ記載								
上記のとおり、請求いたします。 富士通健康保険組合 御中 ●●●●年 ●月 ●日 請求者 住 所： 〒●●●●-●●●● 氏 名： 神奈川県川崎市中原区小杉町●-●-● 氏 名： 富士 道子 電話番号： ●●●-●●●-●●●●									

■添付書類

1. 埋・火葬許可書（写）もしくは、死亡診断書（写）又は、死体検案書（写）
2. 被保険者本人死亡の場合：請求者の口座番号のわかる通帳コピー
3. 請求者が当健保被扶養者以外の場合：戸籍謄本（写）

■請求者が被保険者以外の場合 被保険者との続柄 [妻]

金融機関名 (ゆうちょ銀行不可)	本・支店名	種 別	口座番号	口座名義人 (カナ)
●●●銀行	●●●支店	普通・当座	●●●●●●●●	フジ ミチコ 富士 道子

■健保記入欄

法定給付	, 0 0 0 円	合 計:	, 0 0 0 円
付加給付	, 0 0 0 円		

埋葬料（費）・埋葬料付加金・家族埋葬料請求書

	健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者	
記号一番号	特例退職者医療制度	9001 -							
	任意継続被保険者制度	1851 -							
被保険者氏名	フリガナ				性別	男 ・ 女			
生年月日	昭和・平成 年 月 日								
死亡者氏名	フリガナ								
生年月日	昭和・平成 年 月 日						続柄		
死亡年月日	令和 年 月 日								
死亡原因									
	※死亡原因が自死（自傷行為）の場合の医療行為の有無（有 ・ 無） 死亡が第三者の行為によるときは、その事実および第三者の住所、氏名を記載ください								
※埋葬年月日	令和 年 月 日 ※遺族以外からの請求の場合のみ記載								
※埋葬に要した費用	円 ※遺族以外からの請求の場合のみ記載								
上記のとおり、請求いたします。 富士通健康保険組合 御中 年 月 日 住 所： 〒 請求者 氏 名： 電話番号：									

■添付書類

1. 埋・火葬許可書（写）もしくは、死亡診断書（写）又は、死体検案書（写）
2. 被保険者本人死亡の場合：請求者の口座番号のわかる通帳のコピー
3. 請求者が当健保被扶養者以外の場合：戸籍謄本（写）
4. 遺族以外からの埋葬費を請求の場合：埋葬に要した実費の領収書および費用の内訳書

■請求者が被保険者以外の場合 被保険者との続柄 []

金融機関名 (ゆうちょ銀行不可)	本・支店名	種 別	口座番号	口座名義人 (カナ)
		普通・当座		

■健保記入欄

法定給付	, 0 0 0 円	合 計：	, 0 0 0 円
付加給付	, 0 0 0 円		