

葬祭費支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族等の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族等の方が申請される場合のみ）のみ記入してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合 葬祭費支給申請書				提出区分
○ 組合員（申請者）に関する項目				1 申請者から直接 2 事業所を経由
被保険者証 記号・番号	71-1505	120	氏名	秋村 三吉 <small>印</small>
住所	〒144-0001 東京都大田区池上3-10-1			<small>署名される場合又は遺族が申請される場合は押印不要です。</small>
電話番号	(03) 1122-3344	1 自宅・2 携帯・3 その他 ()		
申請年月日	平成△△年△△月△△日	事業所名	平河土木株式会社	
申請者区分	1 組合員 <small>次の「申請者」欄は記入不要です。</small> 2 組合員以外の方で葬祭を行った方 <small>次の「申請者」欄を記入してください。</small>			
申請者	氏名	<small>印</small>	組合員との続柄	
<small>組合員が申請者の場合は、記入不要です。</small>	住所	〒	-	
	電話番号	()	- 1 自宅・2 携帯・3 その他 ()	
○ 申請内容に関する項目				
死亡者氏名	秋村 せい	生年月日	3 男 4 平	△△年△△月△△日
死亡年月日	平成△△年△△月△△日	葬祭を行った年月日	平成△△年△△月△△日	
死亡の原因	心不全			
○ 受領方法、振込先等				
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。 1 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） 2 次の代理人に受領を委任します。 <small>次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。</small>			
	平成 年 月 日	組合員 氏名	<small>印</small>	
代理人	氏名	住所	〒 -	
	<small>事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。（押印不要）</small>	電話番号	() -	
申請者との関係		1 自宅・2 携帯・3 その他 ()		
振込先	金融機関名称	支店名称	コード	
	DKH銀行	京橋支店	110	
	預金種目	口座番号	口座名義（フリガナ）	
	1 普通（総合を含む）・2 当座	0010101	(ヤキムラ サンキチ 秋村 三吉)	

◎組合員（または遺族等である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員（または遺族等である申請者）にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎死亡された被保険者の氏名、死亡年月日等をご記入いただく項目です。

◎「2」の場合は組合員（または遺族等である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、

- ①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
 - ②代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）
- この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 添付書類について

・死亡の事実を証する書類を添付して提出してください。

別紙「医師の証明書」に証明を受けていただくか、死亡が確認できる書類（市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証（写）、死亡診断書等）を添付してください。

・次のいずれかに該当する場合は、別紙「資格取得前又は資格喪失後の保険の関係」を記入してください。

- ア 組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後3か月以内に死亡された場合
- イ 組合員であった者が被保険者資格喪失後3か月以内に死亡された場合
- ウ 組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に死亡された場合

◎ 支給額について

- ・組合員 : 100,000 円
- ・組合員の世帯に属する被保険者 : 50,000 円

葬祭費支給申請書の記入例（別紙）

◎この欄は、次のいずれかに該当する場合のみ記入してください。

ア 組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後3か月以内に死亡された場合

イ 組合員であった者が被保険者資格喪失後3か月以内に死亡された場合

ウ 組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に死亡された場合

○ 資格取得前又は資格喪失後の保険の関係

資格取得前・喪失後の別	取得前	喪失後	資格取得・喪失年月日	平成	年	月	日
保険者名 <small>（保険者の区分について、該当する番号を○で囲んでいただき、保険者名を記入してください。）</small>	1	健康保険	（協会けんぽ	_____	_____	_____	健康保険組合
	2	船員保険					
	3	共済組合	（_____	_____	_____	_____	共済組合）
	4	国民健康保険	（_____	_____	_____	_____	国民健康保険組合
被保険者証記号・番号			この保険で支給を受けることができる金額		円		

（注）この欄は、次に該当する場合のみ記入してください。（資格取得前又は資格喪失後の保険者から交付される支給決定通知書の写を添付される場合、「保険者名」、「被保険者証記号・番号」及び「この保険で支給を受けることができる金額」の各欄は記入不要です。）

- ・組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後3か月以内に死亡された場合
- ・組合員であった者が被保険者資格喪失後3か月以内に死亡された場合
- ・組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に死亡された場合

◎「ア」に該当する場合は「取得前」を、「イ」又は「ウ」の場合は「喪失後」を○で囲んでください。

◎「ア」に該当する場合は資格取得年月日を、「イ」又は「ウ」の場合は資格喪失年月日を記入してください。

◎「ア」に該当する場合は資格取得前に加入されていた「保険者名」、「被保険者証記号番号」、「その保険で支給を受けることができる（葬祭費等の）金額」を、「イ」に該当する場合は資格喪失後に加入された「保険者名」等を記入してください。

資格取得前又は資格喪失後の保険者から交付される支給決定通知書の写を添付される場合、これらの欄は記入不要です。

医師の証明書

◎医師に記入を依頼してください。

死亡が確認できる書類（市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証（写）、死亡診断書等）を添付して提出される場合、この「医師の証明書」欄は記入不要です。

死亡者氏名	秋村 せい	生年月日	③ 昭 4 平	△△ 年 △△ 月 △△ 日
死亡年月日	平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日	死亡の原因	心不全	
上記のとおり証明します。				
平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日				
所在地	東京都中央区京橋1-6-5			
医師 医療機関名	京橋医院			
氏名	菊池 一郎			
電話番号	(03) 4411 - 23			
			担当 Ⓜ 医師印	

（注）死亡が確認できる書類（市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証（写）、死亡診断書等）を添付して提出する場合、この「医師の証明書」欄は記入不要です。

○ 資格喪失後に死亡した場合の支給要件

ア 第一種組合員であった者が、その被保険者資格を喪失した日後3か月以内に死亡したとき、資格喪失後の傷病手当金若しくは出産手当金の支給を受けているとき又は受けることができなくなった日後3か月以内に死亡したときは、葬祭費を支給します。

イ 第二種組合員であった者が、その被保険者資格を喪失した日後1か月以内に死亡したとき、資格喪失後の傷病手当金若しくは出産手当金の支給を受けているとき又は受けることができなくなった日後3か月以内に死亡したときは、葬祭費を支給します。

ウ 組合員の世帯に属する被保険者であった者が、その属する世帯の組合員が組合員の資格を喪失した日後1か月以内に死亡したときは、葬祭費を支給します。

ただし、他の法令の規定によって、葬祭費に相当する給付を受けることができる場合には支給しません。（その額が組合で支給する額に満たないときは、その差額を支給します。）