

常務理事	検 印	担 当

F

決定年月日

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2
退職者(申請者)記入用

記入日 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証 (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	被保険者 氏名 (フリガナ)					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	(被保険者死亡の場合は記入不要)			

◆被保険者が死亡した場合のみご記入ください (家族が死亡した場合は記入不要)

申請者(受取代理人)情報	申請者 氏名	(フリガナ)	被保険者から みた続 柄
	申請者 住 所	(〒 -)	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	
	金融機関コード	(金融機関コード)	(店番コード)
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		
公金受取口座	上記口座でなく、マイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座を利用希望の場合は右記に☑⇒☐ (※申請者がパナソニック健康保険組合でマイナンバー登録されている場合に限りです。)		

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記入欄	SEQ	本人・家族	傷病コード	死亡の傷病名	死亡年月日	支給決定額
		本人・家族			年 月 日	円

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1

2

退職者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日	死亡の原因				
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </table>	年	月	日	【病死及び自然死】 <input type="checkbox"/> 病死(病名:) <input type="checkbox"/> 老衰 【不慮の外因死】 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 他 【その他及び不詳の外因死】 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳の死	
年	月	日				
第三者行為による死亡ですか	1. はい 2. いいえ	「はい」の場合 →	第三者行為による死亡の場合 1. 第三者が不明 2. 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は健康保険組合への埋葬料(費)申請はできません)			
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡した場合のみ記入						
死亡した被保険者の氏名	死亡者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </table>	年	月	日	
年	月	日				
申請者は被保険者に生計維持されていましたか(※注)	1. はい 2. いいえ	「いいえ」の場合、埋葬を行った年月日及び埋葬に要した費用の額	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </table> 円	年	月	日
年	月	日				
※注 被保険者に生活の一部でも維持されていれば、「はい」になります。(被扶養者であるか否かは問いません)						
<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)が死亡した場合のみ記入						
死亡した家族(被扶養者)の氏名	死亡者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </table>	年	月	日	被保険者との続柄
年	月	日				

必須添付書類

死亡対象者	申請者	添付書類
被保険者	被保険者により生計維持されており パナソニック健保にも加入していた方	① 死亡日が確認できる書類 (死亡診断書などの写し)
	被保険者により生計維持されていたが パナソニック健保には加入していない方	① 死亡日が確認できる書類 (死亡診断書などの写し) ② 被保険者によって生計を維持されていたことが確認できる書類 (被保険者世帯全体の住民票・送金証明などの写し)
	上記以外で実際に埋葬を行った方	① 死亡日が確認できる書類 (死亡診断書などの写し) ② 埋葬に要した費用の領収書 (原本で申請者のフルネームが記載されたもの) ③ 埋葬に要した費用の明細書 ④ 申請者以外で、被保険者と生計維持関係があった方が他に いなかった事を確認できる書類 (被保険者世帯全体の住民票写しなど)
被扶養者	被保険者	① 死亡日が確認できる書類 (死亡診断書などの写し)