

**記入例 (家族用)**

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

- 家族埋葬料  
 埋葬附加金

**請 求 書**

① 請求年月日	令和 ○年 ○月 ○日		事業所(会社)の名称 株式会社○○○○○
	被保険者証の記号 1 2	番号 3 4 5 6 7	
連絡先住所・電話番号	(〒 105-0000 ) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○ )		
② 亡くなった被扶養者氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
死亡年月日	令和 ○年 ○月 ○日	死亡の原因	急性心不全
③ 第三者の行為に因るものであるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。		
④ 委任状	給付金の振込について : 健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。		
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 太郎		

K006

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

- ◆以下に該当する場合にご請求ください  
レゾナック健康保険組合に加入の被扶養者(ご家族)が亡くなったとき。
- ◆記入要領(記入例の番号と照合してください)  
共通: □は該当するものに✓をご記入ください。
  - ①本請求書を事業所(会社)に提出する日をご記入ください。
  - ②亡くなった方のお名前、被保険者(従業員ご本人)との続柄をご記入ください。
  - ③第三者行為、交通事故により死亡した場合は事前に健保組合にご連絡ください。
  - ④給付金は給与合算振込みとなりますので必ずご記入ください。
- ◆添付書類
  - ①死亡したことを証明する書類(死亡診断書写しまたは埋葬・火葬許可証写し)
  - ②死亡原因が第三者行為または交通事故の方 → 『第三者の行為による傷病届』
- ◆その他
  - ・死亡した日の翌日から起算して2年を経過した場合は請求ができません。
  - ・毎月25日までに到着した請求分を翌月給与合算で支給いたします。
  - ・給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。