

**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		② 事業所(会社)の名称	任意継続							
	被保険者等 記号・番号	記号 1 2		番号 3 4 5 6 7	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
連絡先住所・ 電話番号	(〒 105-0000 ) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○ )										
③ 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							
④ 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。								
⑤ 受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します										
⑥ 振込先 指定口座	金融機関名称	ゆうちょ 銀行 一二三 支店 (出張所)									
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義	ケンポ タロウ									

K006 退

※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任意継続被保険者の方は『任意継続』とご記入ください。その他の方は退職した会社名をご記入ください。
- ③亡くなった方のお名前、被保険者との続柄をご記入ください。
- ④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。
- ⑤マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する方はにをご記入ください。
- ⑥公金受取口座を利用しない方はご記入ください。ゆうちょ銀行を指定される方は、振込専用の店名(漢数字3文字)、口座番号をご記入ください。

◆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25日(休日の場合は前日)に給付いたします。
- ・任意継続の方の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。その他の方には給付金明細が記載された『保険給付決定支払通知書』を送付いたします。