

◆必要な証明および書類

申請者	必要な証明および書類
被保険者が亡くなり、 被扶養者が申請する場合	・ 事業主による証明
被保険者が亡くなり、 実際に埋葬を行った方が 申請する場合	・ 事業主による証明 ・ 埋葬に要した費用の領収書の原本 ※返却可 (支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用の 明細が記載されているもの)
被扶養者が亡くなった場合	・ 事業主による証明
退職者（任意継続被保険者および被扶養者） が亡くなられた場合	・ 死亡診断書の写し ・ 埋葬許可証または火葬許可証の写し ・ 亡くなった方の戸籍抄本、住民票など } いずれか1つ
退職者（任意継続被保険者）が亡くなり、 被扶養者以外の実際に埋葬を行った人 が申請する場合	・ 埋葬に要した費用の領収書の原本 ※返却可 (支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用の 明細が記載されているもの)
被扶養者とは	健康保険の扶養になっている方
埋葬に要した費用とは	祭壇一式料、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料 僧侶の謝礼 など

《提出先》

	健康保険の記号	提出先
KMI籍の方	133	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 社会保険担当宛
KMJ籍の方	912	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 KMJ社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133・912以外	KMグループ各社（本社）人事・総務部門
退職者（任意継続）	990	コニカミノルタ健康保険組合

《支給日について》

健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月25日に支給されます。	
在職者	: 会社経由にて給与振込です。
退職者（任意継続）	: 健康保険組合からお振込みします。

《支給額等の連絡について》

KOSMO Webへ登録済の方には、メールが送信されます。（毎月15日）
未登録の方には、特にご連絡はいきませんのでご注意ください。
※在職者は、金額のみ給与明細で確認ができます。 項目名：健保付加金

KOSMO Web <https://kosmoweb.jp/>

- ・ 過去にログインしたことがあり、ユーザIDまたはパスワードを忘れた方は、KOSMO Webのログイン画面左下にある「IDを忘れた方はこちら」「パスワードを忘れた方はこちら」より確認できます。
※初回ログイン時に、ご自身が登録したメールアドレスを入力しないと、確認はできません。
※「konicaminolta.jp」で登録されている場合もありますので、ご確認ください。
- ・ 過去にログインしたことがなく、ユーザID・パスワードが分からない方は、再発行申請をしてください。

[KOSMO Web ユーザID・パスワード再発行申請](#)

《支給決定通知書について》

KOSMO Webにてご確認ください。
KOSMO Web https://kosmoweb.jp/
※健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月15日以降、ご確認いただけます。

記入例： 埋葬料（費） 支給申請書

※ 記入漏れ・記入間違いのないように、作成をお願いします。

1	確認欄
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、1. または2. の要件を満たしたものである。 1. 申請者が作成したものである。 2. 記載内容については申請者が誤りがないか確認をしている。

1 【確認欄】
申請の際は、内容をご確認の上、✓を忘れずをお願いします。

健康保険 被保険者 埋葬料（費） 支給申請書
家 族

【注意事項】 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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。
二重線の近くに、申請者によるフルネームのサインまたは押印が必要です。

2 被 保 険 者 情 報	被保険者等の	記号	***	番号	****	
	被 保 険 者	氏名	健保 太郎			
		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日			
	住所 電話番号	〒	192 - ****			
電話番号		東京都八王子市〇〇町1-2				
		電話番号	***	-	**** - **** ※日中の連絡先	

2 【被保険者情報】
被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の氏名等をご記入ください。

3 【記号・番号】
「資格情報のお知らせ」、
「マイナポータル」、
「資格確認書」に記載されています。枝番の記入は必要ありません。

申 請 内 容	死亡年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日	死亡原因	心不全		第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	亡くなられた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 →①へ <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者） →②へ					
	① 被 保 険 者	申請者の氏名	健保 花子		被保険者からみた 申請者との身分関係	妻	
		埋葬した年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日	埋葬に要した費用の額	4 円		
② 家 族 (被扶養者)	ご家族の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成				

4 【埋葬に要した費用の額】
被保険者により生計維持されていた方が申請する場合、記入の必要はありません。それ以外の方で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、ご記入ください。

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日		
			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	令和	年	月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	事業主住所 電話番号 事業主名称 事業主氏名	令和 年 月 日				