

Claim for Funeral Expenses/Funeral Costs (Insured Person, Dependent)

		令和 年 月 日 提出 Date submitted (Y/M/D): xxxx / xx / xx	
被保険者記号・番号 Insured person code and no.		事業所の名称 Employer name	
10 - 000000		Industry Co., Ltd.	
所属 Section		Div., Dept.	
TEL		999-9999	
被保険者（請求者）の氏名 Name of insured person (claimant)	Taro Kempo	住所 Address	〒 000-0000 1-1 __-cho, __-ku, __
電話 Tel	999 ( 999 ) 9999		
死亡した年月日 Date of death (Y/M/D)	令和 xxxx 年 xx 月 xx 日	死亡原因（病名） Cause of death (name of sickness)	Pneumonia
被扶養者が死亡したとき被扶養者氏名 Name of the dependent if the deceased is a dependent	Hanako Kempo	被保険者との続柄 Relationship to insured person	Mother
被保険者が死亡したとき被保険者氏名 Name of the insured person if the deceased is an insured person	N/A	被保険者と請求者との身分関係 Relationship between insured person and claimant	
第三者の行為によるものですか Was the death due to the actions of a third party?		いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/>	
第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所および氏名（別途、第三者行為による傷病届を提出） If the death was due to the actions of a third party, describe the facts of the matter and the name and address of the third party. (Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted separately.)		振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。 Please be sure to confirm the payment destination and check [✓] the box.	
振込先の確認 Payment Destination	<p>本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。（確認後□にチェック[✓]を付けてください。） Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.)</p> <p><input type="checkbox"/> 在職者：事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary.</p> <p><input type="checkbox"/> 任意継続者：資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment.</p> <p>※上記振込先ではなく、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場合 ⇒ □(チェック[✓]してください) *If using a public funds receipt account pre-registered on Myna-portal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓])</p>		

武田薬品健康保険組合  
Takeda Health Insurance Society

<添付書類>

1. 死亡診断書又は埋火葬許可証（何れも写しで可）。
2. 任意継続の場合で死亡した被保険者の認定外家族が請求する場合は、戸籍謄本または抄本（写し可）。

<留意事項>

- ◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。
- ◎治療用器具のご請求の場合、器具を装着された月から3か月後の支給（払い戻し）となる場合があります。
- ◎武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス（宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載）へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。

Documents to attach:

1. Death certificate or burial permit (copies accepted for either document)
2. If this claim is submitted by a family member of a deceased insured person who was a Voluntarily and Continuously Insured Person, and the family member is not certified as a dependent of the insured person, an official copy or extract of the family register (copies accepted)

Notes:

- ◎ If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.
- ◎ When claiming expenses for a therapeutic orthosis (medical appliance), payment (reimbursement) may be made three months after the month in which the orthosis was fitted.
- ◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--