



【参考資料】
各種申請（3給付）利用者画面資料



2024.02.19

目次

事業所経由申請の流れ

1. 傷病手当金支給申請	-----	p.03
2. 出産手当金支給申請	-----	p.12
3. 家族埋葬料支給申請	-----	p.20

1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請TOP画面

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

傷病手当金支給申請

申請者	申請することができるのは被保険者のみです。
申請方法	<p>このサイトの申請画面に必要な項目を入力し、申請してください。</p> <p>【添付書類について】</p> <p>①事前に下記のPDFを印刷し、書類を作成（記入・押印・証明）してください。 ②上記書類を画像データにして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 必須書類 【医師の意見書PDF】 ■ 状況に応じた追加書類 ・初回の申請をする場合 【同意書PDF】 <p>・「障害・老齢」年金受給者 毎回直近の受給額が判る「振込通知書」「年金証書」「改定通知」等</p> <p>・労災保険「休業補償給付」を受給者 休業補償給付支給決定通知書</p>
	<p>支給されるのは、下記の4つの条件すべてに該当した場合です。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.療養のためであること（医師の意見書が必要です） 2.仕事につけないこと 3.連続する3日を含み4日以上仕事を休んだとき 4.給料が支払われていないこと
注意事項	

[申請する](#)

届出・申請の履歴

まだ申込した履歴がありません。



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

[届出・申請TOPへ](#)

①事前にPDFを印刷し、医師の記入・押印・証明を受けてください。
②上記①の書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

この申請について

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

傷病手当金支給申請

下記の項目を全て確認・了承(✓)したうえで申請を進めてください

 この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

申請にあたっては「医師の意見書」(必須)と状況に応じた追加書類が必要です。準備していない方は『前画面』の申請方法からPDFをダウンロード・書類作成の上、申請する端末へ画像データを保存してから申請を始めてください。

傷病手当金の支給は、同一の病気やけがについて傷病手当金が支給された期間を通算して、支給開始日から最長1年6か月です。

退職後初回の申請の場合、申請受付後に健保より「雇用保険の失業給付に関する照会文書」をお送りしますのでご回答ください。(その間申請は保留となります)

振込先の委任・同意について
 ※申請者が在職者および資格喪失者の場合は、申請及び給付金の受給を事業主に委任します。
 ※任意継続加入者の場合は、健保に届出済みの個人口座に振り込むことに同意します。

請求権は事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

傷病手当金支給申請

申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
	※この電話番号は本申請でのみ使用するため、健保で登録はされません。	
連絡先：メールアドレス	<input type="text"/>	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。

1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請内容①

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

傷病手当金支給申請

必須項目をすべて入力してください。(入力画面の説明をよく読んでうえでご入力ください)

申請内容
申請内容を入力してください。

傷病名と発病または負傷年月日 必須	傷病名(1) <input type="text"/> (全角) <small>傷病名は医師の証明を基にご記入ください。</small>
	発病または負傷年月日(1) 年/月/日 <input type="text"/> <small>日にちが不明の場合は、およその月の初日をセットしてください。 例) 2024年1月頃であれば、2024/01/01</small>
	傷病名(2) <input type="text"/> (全角) 発病または負傷年月日(2) 年/月/日 <input type="text"/>
	傷病名(3) <input type="text"/> (全角) 発病または負傷年月日(3) 年/月/日 <input type="text"/>
該当の傷病 必須	<input type="radio"/> 病気
	<input type="radio"/> ケガ <small>第三者行為によるケガの場合、「第三者行為による傷病届」の届け出が必要になります。傷病手当金の申請より先に、委託業者（株式会社オークス）へご連絡ください。（TEL：0120-732-255）</small>
療養のため休んだ期間（申請期間） 必須	年/月/日 <input type="text"/> ~ 年/月/日 <input type="text"/> <input type="text"/> 日間 <small>上記のうち「労務に服した日」「報酬額が傷病手当金を上回った日」「法定満了日の翌日以降」は除いて請求します</small>
上記期間の報酬 必須	<input type="radio"/> あり
	<input type="radio"/> なし
あなたの仕事の内容（具体的に） 必須	<input type="text"/> <small>退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容 ※最大全角50文字まで入力可能です。</small>
「障害厚生年金」または「障害手当金」の受給 必須	<input type="radio"/> 障害厚生年金・障害手当金を受給している
	<input type="radio"/> 申請中
	<input type="radio"/> 受給していない
「老齢年金」の受給 必須	<input type="radio"/> 老齢年金を受給している
	<input type="radio"/> 受給していない

1. 【利用者画面】 傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請内容②

<p>「老齢年金」の受給 必須</p>	<input type="radio"/> 老齢年金を受給している <input type="radio"/> 受給していない
<p>今回の傷病手当金の申請期間において、 別傷病により労災保険から休業補償給付 を受けていますか 必須</p>	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 労災申請中 <input type="radio"/> なし
<p>添付書類（医師の意見書・同意書 等） 必須</p>	<p>ファイルを選択</p> <p>【添付書類について】 ①事前に下記のPDFを印刷し、書類を作 ②上記書類を画像データにして、申請す</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 必須書類 <u>【医師の意見書 P D F】</u> ■ 状況に応じた追加書類 ・ 初回の申請をする場合 <u>【同意書 P D F】</u> ・ 「障害・老齢」年金受給者 毎回直近の受給額が判る「振込通知書 ・ 労災保険「休業補償給付」を受給者 休業補償給付支給決定通知書 <p>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。（ファイル名は問いませ せん） ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。</p>

◎申請の都度「医師の意見書」を、初回の申請の場合には「同意書」を、その他状況に応じた書類をアップロードしてください。

※健保から原本の提出を求める場合がありますので、原本は自宅等で2年間保存してください。

※写真撮影による画像でも問題ありませんが、画像の文字が読み取れない等不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。

←前へ戻る
次へ進む→

この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】 傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

委任と同意

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

傷病手当金支給申請

委任と同意

事業主委任 必須	<input type="checkbox"/> 本申請の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
照会にかかる同意 必須	<input type="checkbox"/> 富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、健保が関係機関に対して照会を行うことがあります ※関係機関とは、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。

チェック(✓)をしてお進みください

←前へ戻る
確認画面へ

この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】 傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

入力内容確認①

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

傷病手当金支給申請（入力内容確認）

申請者情報

保険証記号 - 番号	9999971-9999971
申請者	テスト 太郎7 〒123 4567 続柄:本人 生年月日:1980年01月08日 性別:男
連絡先:電話番号	必須 09012345678
連絡先:メールアドレス	必須

申請内容

傷病名と発病または負傷年月日	必須 傷病名 : 傷病名 発病または負傷年月日 : 2024-01-28
該当の傷病	必須 病気 発病時の状況
療養のため休んだ期間（申請期間）	必須 2024-01-28 ~ 2024-02-03 7日間
上記期間の報酬	必須 なし
あなたの仕事の内容（具体的に）	必須 仕事の内容
「障害厚生年金」または「障害手当金」の受給	必須 受給していない
「老齢年金」の受給	必須 受給していない
今回の傷病手当金の申請期間において、別傷病により労災保険から休業補償給付を受けていますか	必須 なし

1.【利用者画面】 傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請受付完了

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請 > 申請完了

傷病手当金支給申請（申請受付完了）

傷病手当金支給申請情報を送信しました。

【ご注意】

- ・ご申請いただいた情報は事業所担当者様を經由し健保に到着いたします。
- ・毎月15日※までに健保へ到着した申請情報は審査を経て、不備がなければ翌25日※に支払いとなります。
- ※土日祝日にあたる場合はこの限りではありません
- ・支給が確定しましたら、支給月の初旬にKosmo Webにて公開します。

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

こちらで申請は完了です。

- ・ご申請いただいた情報は、事業所担当者様を經由して健保に到着します。
- ・毎月15日までに健保へ到着した申請情報を審査し、不備がなければ翌月25日に事業所経由でお支払いします。（土日祝日にあたる場合は前後します）
- ・支給が確定しましたら、支給月の初旬にKOSMO Webにて公開しますのでご確認ください。

2.【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

①事前にPDFを印刷し、医師または助産師の記入・押印・証明を受けてください。
 ②上記①の書類を画像データ（写真・スキャン等）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請TOP画面

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

申請者	申請することができるのは被保険者のみです。
申請方法	このサイトの申請画面に必要な項目を入力し、申請してください。 【添付書類について】 ①事前に下記のPDFを印刷し、書類を作成（記入・押印・証明）してください。 ②上記書類を画像データにして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。 ■ 必須書類 <u>【医師または助産師の証明書PDF】</u>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・出産手当金の法定給付期間は産前42日（多胎は98日）産後56日の計98日間です。なお、出産予定日より遅く出産された場合は、その分支給日数が追加されます。 ・被保険者の妊娠で、4ヶ月（85日）以降の出産であること。なお、生産、死産、人工中絶は問いません。

申請する

届出・申請の履歴

まだ申し込んだ履歴がありません。

※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

2. 【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

この申請について

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

下記の項目を全て確認・了承(✓)したうえで申請を進めてください

この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

申請にあたっては「医師または助産師の証明書」が必要です。準備していない方は『前画面』の申請方法からPDFをダウンロード・書類作成の上、申請する端末へ画像データを保存してから申請を始めてください

振込先の委任・同意について
 ※申請者が在職者および資格喪失者の場合は、申請及び給付金の受給を事業主に委任します。
 ※任意継続加入者の場合は、健保に届出済みの個人口座に振り込むことに同意します。

請求権は事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

2. 【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

申請者情報

申請者の情報を入力してください。

<p style="font-size: x-small; margin: 0;">申請者</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: x-small; width: 60%;"> <p>連絡先：電話番号 必須</p> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> <input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する </div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 100px; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <input type="radio"/> 新規に登録する </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">※この電話番号は、本申請でのみ使用するため、健保で登録はされません。</p>
<p style="font-size: x-small; margin: 0;">連絡先：メールアドレス 必須</p>	<p style="font-size: x-small; margin: 0;">※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

← 前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

2. 【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請内容

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

申請内容

申請内容を入力してください。

必須項目をすべて入力してください。（入力画面の説明をよく読んだうえでご入力ください）

出産予定日	必須	年 / 月 / 日
出産日	必須	年 / 月 / 日
出生児の数	必須	<input type="radio"/> 単胎
		<input type="radio"/> 多胎
出産のため休んだ期間（申請期間）	必須	年 / 月 / 日 ~ 年 / 月 / 日 申請期間のうち「労務に服した日」「報酬額が出産手当金を上回った日」「法定期間以外の日」は除いて請求します。
上記期間の報酬	必須	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
添付書類（医師または助産師の証明書）	必須	<p>ファイルを選択</p> <p>【添付書類について】</p> <p>①事前に下記のPDFを印刷し、書類 ②上記書類を画像データにして、申請</p> <p>■ 必須書類 医師または助産師の証明書 P.D.F</p> <p>※アップロード可能な画像は「jpg」 ※1枚あたり10MBまでアップロード ※ファイル名称は、半角英数字と記号（～） ※ファイル名にスペースは使用できません ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただきます。</p>

◎「医師または助産師の証明書」をアップロードしてください。

※健保から原本の提出を求める場合がありますので、原本は自宅等で2年間保存してください。

※写真撮影による画像でも問題ありませんが、画像の文字が読み取れない等不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。

←前へ戻る 次へ進む→

この申請TOPへ 届出・申請TOPへ

2. 【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

委任と同意

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請

委任と同意

事業主委任	必須	<input type="checkbox"/> 健保登録口座へ振り込み。
照会にかかる同意	必須	<input type="checkbox"/> 富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 健康保険法に基づく出産手当金の支給決定を行うにあたり、健保が関係機関に対して照会を行うことがあります ※関係機関とは、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。

チェック(✓)をしてお進みください

←前へ戻る
確認画面へ

この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

2. 【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

入力内容確認①

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産手当金支給申請

出産手当金支給申請（入力内容確認）

申請者情報

保険証記号 - 番号	8880-
申請者	続柄: 本人 生年月日: 1955年01月28日 性別: 女
連絡先: 電話番号	必須
連絡先: メールアドレス	必須 test@test.jp

申請内容

出産予定日	必須 2024-01-28
出産日	必須 2024-01-28
出生児の数	必須 単胎
出産のため休んだ期間（申請期間）	必須 2024-01-28 ~ 2024-02-03

2.【利用者画面】 出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請受付完了

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産手当金支給申請 > 申請完了

出産手当金支給申請（申請受付完了）

出産手当金支給申請情報を送信しました。

【ご注意】

- ・ご申請いただいた情報は事業所担当者様を経由し健保に到着いたします。
- ・毎月15日※までに健保へ到着した申請情報は審査を経て、不備がなければ翌25日※に支払いとなります。
- ※土日祝日にあたる場合はこの限りではありません
- ・支給が確定しましたら、支給月の初旬にKosmo Webにて公開します。

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

こちらで申請は完了です。

- ・ご申請いただいた情報は、事業所担当者様を経由して健保に到着します。
- ・毎月15日までに健保へ到着した申請情報を審査し、不備がなければ翌月25日に事業所経由でお支払いします。（土日祝日にあたる場合は前後します）
- ・支給が確定しましたら、支給月の初旬にKOSMO Webにて公開しますのでご確認ください。

3.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請TOP画面

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請

申請者	申請することができるのは被保険者のみです。
申請方法	このサイトの申請画面に必要な項目を入力し、申請してください。 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> ※添付書類は不要です ※扶養家族の方が亡くなったときに申請いただけます（従業員ご本人様が亡くなった場合は、引き続き紙での申請となります） </div>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・家族（被扶養者）が業務外の事由で死亡したときにご申請いただけます。 ・給付金額は一律5万円です。 ・事業所様より資格喪失データが届いてからの審査となります。データが届いていない場合は、通常よりもお時間をいただく可能性がございますので予めご承知をお願いします。

[申請する](#)

 **届出・申請の履歴**

まだ申込した履歴がありません。



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

[届出・申請TOPへ](#)

3.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

この申請について

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請

下記の項目を全て確認・了承(✓)したうえで申請を進めてください

この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

- 第三者行為による死亡の場合、「第三者行為による傷病届」の届出が必要になります。未提出の場合は健保委託業者（株式会社オークス）（TEL：0120-732-255）へご連絡ください。
- 振込先の委任・同意について
 ※申請者が在職者および資格喪失者の場合は、申請及び給付金の受給を事業主に委任します。
 ※任意継続加入者の場合は、健保に届出済みの個人口座に振り込むことに同意します。
- 請求権は事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

3.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請

申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	
連絡先：電話番号 必須	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する <input type="text"/> <input type="radio"/> 新規に登録する <small>※この電話番号は、本申請でのみ使用するため、健保で登録はされません。</small>
連絡先：メールアドレス 必須	<small>※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。</small> <input type="text"/>

←前へ戻る
次へ進む→

この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請対象者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請

 申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

<p>申請対象者</p>	<p style="color: red; font-weight: bold;">必須</p>	<p>家族埋葬料支給申請をする方を選択してください。</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>
--------------	--	---

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

1. 【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請内容

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請

申請内容

申請内容を入力してください。

必須項目をすべて入力してください。（入力画面の説明をよく読んでうえでご入力ください）

死亡年月日	必須	年 / 月 / 日 <input type="text"/>
第三者行為によるものですか？	必須	<input type="radio"/> はい
		<input type="radio"/> いいえ
死亡原因	必須	<input type="text" value="死亡原因を記述"/> <small>※最大全角50文字まで入力可能です。</small>
添付書類（死亡の証明書）	必須	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">ファイルを選択</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>在職者の方は添付書類は不要です。</p> </div> <small>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。（ファイル名は問いません） ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。</small>

← 前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請TOP画面

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請

委任と同意

事業主委任	必須	<input type="checkbox"/> 健保登録口座へ振り込み。
照会にかかる同意	必須	<input type="checkbox"/> 富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 健康保険法に基づく家族埋葬料の支給決定を行うにあたり、健保が関係機関に対して照会を行うことがあります ※関係機関とは、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。

チェック（✓）をしてお進みください

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

入力内容確認①

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

家族埋葬料支給申請（入力内容確認）

申請者情報

保険証記号-番号	8880
申請者	性別：男 続柄：本人 生年月日：1948年12月02日
連絡先：電話番号	必須
連絡先：メールアドレス	必須 test@test.jp

申請対象者情報

申請対象者	必須 別：女 続柄：妻 生年月日：1951年06月04日 性
-------	---

申請内容

死亡年月日	必須 2024-02-11
第三者行為によるものですか？	必須 いいえ
死亡原因	必須 死亡原因

富士フイルムグループ健康保険組合 様

同意書

1. 【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

入力内容確認②

富士フイルムグループ健康保険組合 表

添付書類（死亡の証明書） 必須

在職者の方は、添付書類は不要です。

■ 委任と同意

事業主委任	必須	本申請の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
照会にかかる同意	必須	富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

←前へ戻る

入力内容を確定する

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

1.【利用者画面】 家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請受付完了

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請 > 申請完了

家族埋葬料支給申請（申請受付完了）

家族埋葬料支給申請情報を送信しました。

【ご注意】

- ・毎月15日※までに健保へ到着した申請情報は審査を経て、不備がなければ翌25日※に支払いとなります。
- ※土日祝日にあたる場合はこの限りではありません
- ・支給が確定しましたら、支給月の初旬にKosmo Webにて公開します。

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

こちらで申請は完了です。

- ・ご申請いただいた情報は、事業所担当者様を經由して健保に到着します。
- ・毎月15日までに健保へ到着した申請情報を審査し、不備がなければ翌月25日に事業所経由でお支払いします。（土日祝日にあたる場合は前後します）
- ・支給が確定しましたら、支給月の初旬にKOSMO Webにて公開しますのでご確認ください。