

# 健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ) _____		
	住所	(〒 - ) _____		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( ) _____		
<input type="checkbox"/> 埋葬料(費)の受取については事業主に委任します。		※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。		

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	受取代理人 (事業所の事業主様)	氏名 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	委任者と受取代理人との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ) _____	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人

## 【添付書類】

- ・ 埋葬費を申請する場合は、埋葬に要した費用の明細書および領収書(原本)

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

被保険者のマイナンバー記載欄 

- ・ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・ マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			
ご家族の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		記号・番号	
●被保険者が死亡したための申請であるとき			
被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		円
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		記号・番号	
●介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

【添付書類】

- ・下欄の証明を受けない場合は、埋葬許可証または火葬許可証の(写)等

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 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	
	事業所所在地		
事業所名称			
事業主氏名	TEL	( )	

# 【記入例】被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	1 999	番号	999	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	2 健保 太郎	事業所名	株式会社〇〇〇		
	住所	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇 )	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇					
<input checked="" type="checkbox"/> 埋葬料(費)の受取については事業主に委任します。				※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。			

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	健保 太郎	
	受取代理人 (事業所の事業主様)	事業所所在地 △△市△△区△△町〇-〇-〇 事業所名称 株式会社〇〇〇 事業主氏名 代表取締役 △△ 〇〇	委任者と受取代理人との関係 雇用主

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	3 〇〇〇	銀行 信用金庫 その他	本店 支店 その他	
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ) カブシキガイシャ マルマルマル	口座名義の区分	2 1. 申請者 2. 受取代理人	株式会社〇〇〇

## 【添付書類】

- ・ 埋葬費を申請する場合は、埋葬に要した費用の明細書および領収書(原本)

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

- ・ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・ マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 【記入例】被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	死亡年月日	死亡原因	5 第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和〇〇年〇〇月〇〇日	<b>急性心不全</b>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

6 ●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名	<b>健保 花子</b>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者との続柄	<b>妻</b>
--------	--------------	------	--	----------	----------

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。

2 1. はい 2. いいえ

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき  
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき  
③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名	
記号・番号	

7 ●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
---------	-------------------	---------	----------

9 埋葬に要した費用の額 円 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額) 円

亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。

8 1. はい 2. いいえ

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき  
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき  
③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名	
記号・番号	

●介護保険法のサービスを受けていたとき

保険者番号	被保険者番号	保険者名称
-------	--------	-------

## 【添付書類】

- ・下欄の証明を受けない場合は、埋葬許可証または火葬許可証の(写)等

10 事業主証明欄

死亡した方の氏名	<b>健保 花子</b>	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
		被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input checked="" type="checkbox"/>	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
事業所所在地	△△市△△区△△町〇-〇-〇		
事業所名称	<b>株式会社〇〇〇</b>		
事業主氏名	代表取締役 △△ 〇〇	TEL	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

1

●記号・番号は被保険者証に記載されています。

2

●被保険者が亡くなった場合の申請は、申請者の氏名を記入してください。住所・振込先も同様です。※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

3

●ゆうちょ銀行の口座へ振込みを希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号13桁)ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称	ゆうちょ	銀行	一二三	本店
預金種別	1 1.普通 2.当座	口座番号	1234567	左つめてご記入ください。
口座名義	ケンポ タロウ 健保 太郎	口座名義の区分	1	1.申請者 2.受取代理人

4

●死亡原因が負傷による場合は、「負傷原因届」を併せて提出してください。

5

●「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

6

●被扶養者が亡くなった場合には、こちらの欄に記入してください。

7

●被保険者が亡くなった場合には、こちらの欄に記入してください。

8

●被保険者の①被扶養者または②被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合(埋葬料の場合)は記入の必要はありません。

9

上記以外で実際に埋葬を行った方が埋葬費の支給申請をする場合は、必ず記入してください。

10

●事業主の証明を受けてください。証明が受けられない場合(任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合を含む)は、死亡が確認できる書類を添付してください。(下記参照)

【添付書類】

死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」
死亡原因の負傷が第三者の行為による場合	「第三者行為による傷病届」
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合	事業主による死亡の証明または死亡診断書等のコピー (申請書2ページ目に、事業主による証明を受ける欄があります。)
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた被扶養者以外の方が申請する場合	●生計維持を確認できる書類 ・住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの) ・住居が別の場合は、定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留のコピーまたは亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書など
<埋葬費> 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合	・領収書の原本 (支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの) ・埋葬に要した費用の明細書
●事業主の証明を受けられない場合 ●任意継続被保険者(被扶養者)が亡なられた場合	・埋葬許可証または火葬許可証のコピー ・死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー ・亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票など