

# 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	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 本申請書の受領を事業主へ委任します。 【注1】在籍中の方は上の <input type="checkbox"/> 2つとも <input checked="" type="checkbox"/> します。 「振込先指定口座」は空欄のまま、「受取代理人の欄」被保険者欄に署名してください。 【注2】すでに退職している・近々退職予定の方は上の <input type="checkbox"/> を空欄のまま「振込先指定口座」にご記入ください。 【注3】被保険者が亡くなった場合は上の <input type="checkbox"/> を空欄のまま「振込先指定口座」に受取人の口座をご記入ください。					

振込先指定口座	<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欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。被保険者が亡くなった場合は利用できません。				
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/>			

受取代理人の欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者から みた代理人 との関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

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の受給終了後、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	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の受給終了後、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	

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した方の	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 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 ( )		

### ○被保険者が亡くなられたとき

被保険者と生計維持関係（同居など）があり埋葬を行う方に対して、「埋葬料50,000円」が支給されます。

被保険者により生計を維持していた方がいない場合は実際に埋葬を行った方に「埋葬費50,000円」の範囲内でかかった費用の実費が支給されます。

### ○被扶養者が亡くなられたとき

被扶養者である家族が亡くなられたときは、「家族埋葬料50,000円」が支給されます。

#### 添付書類

申請者	添付書類
被扶養者（被保険者が亡くなられたとき） 被保険者（被扶養者が亡くなられたとき）	1. 埋葬料支給申請書の事業主証明欄 2. 市区町村長の埋火葬許可証（写し） 3. 死亡診断書（写し） 4. 死体検案書（写し） 5. 検視調書（写し） ※1から5のうちいずれか1点
（以下、被保険者が亡くなられたとき） 被扶養者以外の家族（被保険者と同居し生計維持されていた方） ・1から5のうちいずれか1点、a、bの合計3点の添付が必要です	1. 埋葬料支給申請書の事業主証明欄 2. 市区町村長の埋火葬許可証（写し） 3. 死亡診断書（写し） 4. 死体検案書（写し） 5. 検視調書（写し） ※1から5のうちいずれか1点 a.申請者の住民票（原本） b.亡くなられた方の住民票の除票（原本）
被扶養者以外の方（被保険者により生計維持されていた方がいない場合（別居）で、実際に埋葬を行った方） ・1から5のうちいずれか1点、a、bの合計3点の添付が必要です	1. 埋葬料支給申請書の事業主証明欄 2. 市区町村長の埋火葬許可証（写し） 3. 死亡診断書（写し） 4. 死体検案書（写し） 5. 検視調書（写し） ※1から5のうちいずれか1点 a.埋葬に要した費用の領収書（原本/申請者氏名がフルネームで記載されたもの） b.上記費用の明細書の写し（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること） ○費用の範囲は葬儀代のほかに霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼代なども含まれます。 飲食代、香典返しは含みません。

#### 注意事項

死亡原因が工作中、または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため、埋葬料（費）は申請できません。

死亡原因が交通事故など第三者の行為による場合は、（TEL.054-335-4046）までご連絡ください。支給決定後に送付する「支給決定通知書」は再発行できませんので、大切に保管してください。