

健康保險被保險者 埋葬料(費)支給申請書

被保險者(申請者)記入用

被保険者 申請者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	マイ ナンバー 	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください 	
	氏名	(フリガナ) 			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成
住所	(〒)			Tel	()	
電話番号 (日中の連絡先)	都道 府県					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)						

振込先指定口座	☐ 公金受取口座		☐ マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。 (マイナンバーと紐づく預貯金口座情報を国へ登録している場合のみ選択可。利用する場合は下記の口座情報は記入不要です。)																												
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本支店コード 本所 支所																													
預金種別	☐ 1. 普通 ☐ 2. 当座 ☐ 3. 別段 ☐ 4. 通知	口座番号								左づめでご記入ください。																					
口座名義	▼カタカナ(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。) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																													口座名義の区分	☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

令和 年 月 日

受取代理人の欄	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。	
	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)	(〒 ー) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付目付印

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		☐ はい ☐ 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 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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受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		☐ 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	——記入不要——
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受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		☐ 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
-------	--------	-------

事業主証明欄

死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	被保険者 被扶養者	死亡年月日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。			
事業所所在地	令和 年 月 日		
事業所名称			
事業主氏名	TEL	()	

- 事業主の証明が受けられないときは、死亡が確認できる書類(死亡診断書の写、死体検案書の写、火葬許可証の写など)を添付してください。

- 埋葬料 ➡ 被扶養者が死亡したとき : 被保険者が申請してください。事業主の証明があれば、添付書類は必要ありません。
被保険者が死亡したとき : 被保険者により生計を維持されていた方で、社会通念上、埋葬を行う方が申請してください。
(原則として①配偶者②子③父母の順)
生計維持関係を確認するため、「住民票」を添付してください。
社会通念上埋葬を行う方を確認するため、「戸籍謄本(抄本)」が必要になる場合があります。

- 埋葬費 ➡ 被保険者が死亡し、同人から生計を維持されていた方がおらず、生計を維持されていなかった方が埋葬したときに申請してください。〔申請書標題の埋葬料(費)の費を○で囲んでください。〕
埋葬に要した費用の領収書(原本)とその明細書(品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。
埋葬料を申請できる方(生計を維持されていた方)がいらないことを確認するため、戸籍謄本や住民票が必要になる場合があります。