

# 健康保険被保険者 埋葬料（費）支給申請書 家族 埋葬料付加金

1

2

埋

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	年	月	日	
	被保険者証の （右づめ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	（フリガナ）					※被保険者が亡くなられた際のご申請は、 申請者（請求者）の氏名・住所・電話番号をご記入 ください。
	住所	（〒 - ）		都 道	府 県		
電話番号 （日中の連絡先）	TEL	（ ）					
被保険者の勤務していた又は勤務する事業所名称							

振込先指定口座	公金受取 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☑を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。） ※被保険者死亡による場合は、公金受取口座は使用できませんので、申請者の振込先指定口座を下記にご記入ください。			
	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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>		
	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。）				口座名義 の区分

「2」の場合は必ずご記入ください。

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。		令和	年	月	日
		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）	住所	（〒 - ） TEL		（ ）		
		氏名	（フリガナ）				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。&gt;&gt;&gt;

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記、備考欄へ記入してください。  
※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

備考欄

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(5.3)

受付日付印

# 健康保険被保険者 埋葬料（費）支給申請書

## 家族 埋葬料付加金

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。		<input type="checkbox"/>	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			
「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			
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。		<input type="checkbox"/>	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			
「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="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 ( )		

【添付書類】  
 ①死亡したことを証明する書類（事業主証明欄に事業主の証明がある場合は不要）。  
 ・死亡診断書、死体検案書、埋葬・火葬許可証等の写し  
 ②被保険者が死亡した場合で、埋葬料を請求する被扶養者がいない場合は、上記①の書類に加え、下記書類を添付してください。  
 (ア) 同居していた家族がいた場合  
 ・死亡した被保険者と同居していたことが確認できる請求者の住民票及び死亡した被保険者の住民票の除票（個人番号の記載がないもの）  
 (イ) 同居していた家族がいない場合  
 ・仕送り等により生計維持関係があった場合は、その事実が確認できる預貯金通帳や現金書留封筒の写し等  
 ・仕送り等により生計維持関係がなかった場合は、埋葬や葬儀に要した費用の領収書（死亡者名及び支払者名が明記されているもの）