

健 保 使 用 欄	受付年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長	担当
	伺年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
	決裁年月日	年 月 日	備 考				
	支 給 額	円	支払年月日	年 月 日			

被保険者
被扶養者 **埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 支給申請書**

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 の記号・番号	.		②被保険者 の氏名				
	③死亡した 方の氏名			④ 続柄			⑤死亡 年月日	令和 年 月 日
	⑥第三者の行為 によるものですか	いいえ ・ はい		⑦死亡原因				
	⑧振込先の 金融機関名	銀行・金庫 他()			本店・支店 他()			
	⑨口座番号	(普通)	第					号
	⑩口座名義	(カタカナ)						
	被保険者が死亡し、生計維持関係のない者が請求するとき(⑪～⑬を記入)							
	⑪被保険者から見た 請求者との身分関係			⑫埋葬に要した費用 (領収書添付)	円			
	⑬埋葬を行った年月日	令和	年	月	日			
	⑭上記の通り申請します。 請求者の 住 所 (〒 -) 令和 年 月 日 氏 名 _____ T E L ()							

※2枚目の注意事項も必ずご確認ください

⑮ 委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。 令和 年 月 日			
	代理人の 住 所 (〒 -)			
	氏 名	印		
請求者の 氏 名				印

⑯ 事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した 方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡 年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する			
	事業所所在地	証明日 令和 年 月 日		
事業所名称				
事業主氏名				
T E L				

【注意事項】

- ◆ 死亡原因が業務上、または通勤途上中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため、健康保険の埋葬料(費)は申請できません。
被扶養者であっても、パートやアルバイト中、通勤途上の事故による場合は同じく申請できません。
- ◆ 死亡原因が交通事故等、第三者の行為による場合は健康保険組合まで必ず届け出てください。

【埋葬料の種類】

被保険者が亡くなったときは、埋葬料または埋葬費のいずれかが支給されます。

埋葬料・・・被保険者と生計維持関係があった方に対して50,000円支給

埋葬費・・・生計維持関係にあった方がいない場合、実際に埋葬を行った方に埋葬に要した費用相当額(上限50,000円)が支給

なお、いずれも付加金 50,000円が上乗せで支給されます。(喪失後の死亡による申請は除く)

また、被扶養者が亡くなったときは、被保険者に家族埋葬料として一律50,000円が支給されます。

【申請時の添付書類】・・・申請書に添付するもの

死亡した方	申請者	給付項目	添付書類	提出先
被保険者	被扶養者	埋葬料	特になし	事業主
	被扶養者以外で生計維持関係のある者 ※1		被保険者と生計維持していたことがわかる書類(同居の場合は住民票、別居の場合は仕送りの証明等)	
	上記以外		埋葬費用の領収書・明細書(原本) ※3	
被扶養者	被保険者	家族埋葬料	特になし	

※1 生計維持とは、被保険者と生計の全部または一部を維持していた方を言います。民法上の親族や遺族であることは問われません。また被保険者が世帯主であるか同一世帯であるかも問われません。

※2 埋葬費の費用の範囲は、葬儀代の他に霊柩車台、霊前への供物代、僧侶への謝礼台なども含まれます。飲食代や香典返しは含みません。

※3 領収書は申請者宛(フルネーム)のものがが必要です。

【任意継続被保険者の場合】

上記添付書類の他に、被保険者が亡くなったときは資格喪失申請書と死亡診断書(写)、加入者全員の保険証の返却が必要です。被扶養者が亡くなったときは被扶養者異動届と死亡診断書(写)、保険証の返却が必要です。提出先は健康保険組合となります。

健保 使用 欄	受付年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長	担 当
	伺年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
	決裁年月日	年 月 日	備 考				
	支 給 額	円	支払年月日	年 月 日			

記入例

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 支給申請書

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	1000 ・ 999999	②被保険者の氏名	健保 太郎						
	③死亡した方の氏名	健保 太郎		④続柄	本人	⑤死亡年月日	令和 4 年 1 月 1 日			
	⑥第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい		⑦死亡原因	原因(病気の場合は病名など)を記入してください					
	⑧振込先の金融機関名	パイプ		⑧銀行・金庫 他()	築地			本店	支店	
	⑨口座番号	(普通)	第	9	9	9	9	9	9	号
	⑩口座名義	(カタカナ)	ケンポ ハナコ							
	被保険者が死亡し、生計維持関係のない者が請求するとき(⑪～⑬を記入)									
	⑪被保険者から見た請求者との身分関係				⑫埋葬に要した費用 (領収書添付)	円				
	⑬埋葬を行った年月日	令和	年	月	日					
	⑭上記の通り申請します。 請求者の 住 所 (〒 000 - 0000) 令和 4 年 2 月 1 日 東京都**区***1-1-1 氏 名 健保 花子 T E L 03 (0000) 0000									

※2枚目の注意事項もご確認ください

⑮ 委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。	令和	年	月	日
	代理人の 住 所 (〒 -)				
	氏 名	印			
	請求者の 氏 名	印			

⑯ 事業主が証明する欄	死亡した方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和	年	月	日
	上記の通り相違ないことを証明する						
	事業所所在地	証明日 令和 年 月 日					
	事業所名称 事業主氏名 T E L						