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

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成
氏名 記入日	（フリガナ）	以下のとおり、健康保険埋葬料(費)の支給を申請します。 記入日 令和 年 月 日	
住所	（〒 ー ）	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	□ 1.普通 3.別段 2.当座 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。)	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。

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）	（〒 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。〉〉〉

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
備考欄	

受付日付印

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	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。 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

	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の		（被保険者）（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　（　）

≪ 添付書類について ≫

1. 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類

2. 以下の表より、該当するもの

<table>
<tr><th>死亡した方</th><th>申請者</th><th colspan="2">必要書類</th></tr>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被扶養者</td><td colspan="2">◆ 埋葬料支給申請書の事業主証明欄への事業主の証明
◆ 埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれか(写)
(ただし、死亡日が記載されていることが必須です)
※ 以上いずれか１点</td></tr>
<tr><td rowspan="3">被扶養者
以外
の家族</td><td colspan="2">◆ 埋葬料支給申請書の事業主証明欄への事業主の証明
◆ 埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれか(写)
(ただし、死亡日が記載されていることが必須です)
※ 以上いずれか１点と生計維持の有無により、以下の書類</td></tr>
<tr><td>被保険者により生計維持されていた方(同居)</td><td>◆ 世帯全員の住民票(原本)
(被保険者の除票含む、続柄が記載されているもの)</td></tr>
<tr><td>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が申請される場合</td><td>◆ 埋葬に要した費用の領収書(原本) ※1
◆ 上記費用の明細書(写) ※2 (費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること)</td></tr>
<tr><td>被扶養者</td><td>被保険者</td><td colspan="2">◆ 埋葬料支給申請書の事業主証明欄への事業主の証明
◆ 埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれか(写)
(ただし、死亡日が記載されていることが必須です)
※ 以上いずれか１点</td></tr>
</table>

※1 領収書の氏名は、申請者のフルネームが記載されたもの。

※2 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。飲食代や香典返しは含みません。

健康保険の給付を受ける権利は２年間で消滅します。

時効の起算日については「死亡日の翌日(埋葬費については埋葬を行った日の翌日)」となります。