

健康保険 被保険者 埋葬料(費)  
家族 付加金支給申請書

常務理事	事務長	担当者

【申請者情報】							
①被保険者等の記号・番号			②申請者の氏名		(フリガナ)		
記号		番号	③申請者の生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
④申請者の住所			〒 -				
⑤日中連絡の取れる電話番号			⑥メールアドレス				
【申請内容】							
⑦死亡年月日		⑧死亡原因		⑨ ⑧は工作中、通勤途中、第三者の行為によるものですか			
令和 年 月 日				はい ・ いいえ →「はい」の場合は健康保険組合までご連絡ください。			
●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき							
⑩被扶養者氏名		⑪生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	⑫被保険者との続柄		
●被保険者が死亡したための申請であるとき							
⑬被保険者氏名		⑭被保険者からみた申請者との身分関係					
⑮埋葬した年月日		令和 年 月 日	⑯埋葬に要した費用の額		円		
【給付金受取先】							
⑰ <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。（利用しない場合は下記の欄にご記入ください。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
⑱金融機関名		⑲支店名		⑳口座番号（7ケタ）	㉑口座名義（カナ）		
				普通			
給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状にご記入ください。							
⑳委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日						
	住所						
	被保険者の	氏名					
	代理人の	住所					
		氏名					
事業主が証明するところ	㉒死亡した方の氏名		㉓死亡した方		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	㉔死亡した年月日	令和 年 月 日
	㉕上記の通り相違ないことを証明します。					令和 年 月 日	
	事業所所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名						
TEL ( )							

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
-------------------

支給印 受付印

—健康保険組合使用欄—

資格取得日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日
埋葬料 ・ 埋葬費	円
埋葬料 ・ 埋葬費 付加金	円
支給額	円

## 申請及び記入上のご注意

- ①の欄は「資格情報のお知らせ」に書かれている被保険者の記号と番号をご記入ください。枝番は記入不要です。
- ②～⑥の欄は家族（被扶養者）が死亡したための請求である場合は被保険者の、被保険者が死亡したための申請である場合は申請者（埋葬した方）の情報をご記入ください。
- ⑮・⑯の欄は死亡した被保険者により生計維持されていた方がいない場合のみ、必ずご記入ください。
- ⑱～㉑の欄は申請者または代理人の希望する振込先金融機関名などをご記入ください。
- 証拠書類等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して正しい内容をご記入ください。

## 添付書類

<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合</li> <li>●被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業主による死亡の証明 (証明が受けられない方は【A】をご参照ください。)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていた方が申請する場合</li> </ul>	<p>〔同居されていた場合〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■申請者の住民票の原本</li> <li>■亡くなられた方の住民票の除票の原本</li> </ul> <p>〔別居されていた場合〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■生計維持を確認できる書類</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■埋葬に要した費用額が記載された領収書の原本 宛名に埋葬費申請者の氏名が記載されていること</li> <li>■埋葬に要した費用の明細書の写し 霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼、祭壇一式料等 (葬儀の際の飲食代等の費用は除く)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業主の証明が受けられない場合【A】</li> <li>●任意継続被保険者（被扶養者）が亡くなられた場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■市区村町長の埋葬許可証の写し</li> <li>■死亡診断書の写し</li> <li>■死体検案書の写し</li> <li>■検視調書の写し</li> </ul> <p style="text-align: right;">} いずれか1つ</p>
<p>▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●死亡原因の負傷が第三者の行為による場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■第三者行為による傷病届 詳しくは健保組合までご連絡ください。</li> </ul>

## 資格喪失後の支給要件

被保険者が資格喪失後に亡くなり、次のいずれかに該当する場合は埋葬料（費）が支給されます。

- ◆ 被保険者だった方が資格喪失後3カ月以内に亡くなったとき。
- ◆ 被保険者だった方が資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受給している間に亡くなったとき、または当該給付を受給しなくなってから3カ月以内亡くなったとき。

※被保険者の資格喪失後に被扶養者だったご家族が亡くなっても、家族埋葬料は支給されません。