



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 平成 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 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支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		<input type="checkbox"/>	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	平成 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(調整減額)		円
亡くなられた方は、退職等により全国健康保険協会管掌健康保険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支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		<input type="checkbox"/>	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	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	平成 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する		平成 年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	印	TEL ( )



ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX△△△△**大倉**

1
2 ページ

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
 被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
 届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 被保険者(申請者)情報

被保険者証の(左づめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 2 1	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	フリガナ オオクラ ハナコ 大倉 花子		自署の場合は押印を省略できます。

2

住所 (〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1	電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX) XXXX
--------------------------------	-------------------------------------

3 振込先指定(口座)

金融機関名称 〇〇〇〇	預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 〇〇〇〇
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 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄

被保険者(申請者)	氏名・印	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 フリガナ 氏名・印	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	受付日付印
-------------------	-------

1/2

### 記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

**1** 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

**2** 被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)  
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者氏名 **大倉 太郎**

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 平成 26年 04月 21日	急性心不全	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	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			
「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	6
埋葬に要した費用の額	7	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、退職等により全国健康保険協会管掌健康保険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			
「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	死亡年月日
	大倉 太郎	被保険者	平成 26年 4月 21日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する 平成 26年 4月 27日		
	事業所所在地	東京都中央区△△1-2	
事業所名称	(株) 健保商事		
事業主氏名	大倉 三郎	事業主印	TEL ( )

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

**4 5** 被扶養者が亡くなった場合は④にご記入ください。  
被保険者が亡くなった場合は⑤にご記入ください。

**8** 事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

**6 7** 被保険者により生計維持された方が申請する場合(埋葬料の場合)は、記入の必要はありません。それ以外の方で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、必ずご記入ください。

# 埋葬料(費)支給要件の概要

## 支給を受ける要件

### ①埋葬料について

被保険者が業務外の事由により亡くなった場合、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方(親族や遺族であることは問われません)に「埋葬料」として5万円が支給されます。

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5万円が支給されます。

※「埋葬料」は、死亡の事実またはその確認があれば支給されるもので、埋葬を行ったことは要件とされていません。仮埋葬や葬儀を行わない場合でも支給されます。

### ②埋葬費について

埋葬料を受けられる方がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料(5万円)の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する「埋葬費」が支給されます。

※「埋葬費」は、実際に埋葬を行った方に支給されるため、埋葬を行った事実が必要であり、埋葬を行った後でなければ埋葬費を請求することはできません。

※実際に埋葬に要した費用は、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等の実費額です。

亡くなった方	支給対象(申請者)	支給額
被保険者	①被保険者により生計を維持されていた方	埋葬料 5万円 付加金 1万円
	②①の対象者がいない場合は、実際に埋葬を行った方	埋葬費 5万円の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額
被扶養者	被保険者	家族埋葬料 5万円 付加金 1万円

## 資格喪失後の埋葬料(費)

**被保険者がその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・埋葬費が支給されます。**

①被保険者だった方が資格喪失後3か月以内に亡くなったとき

②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けている間に亡くなったとき、もしくは、当継続給付を受けなくなってから3か月以内に亡くなったとき

※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。