



# 健康保険 被保険者 埋葬料 支給申請書

1 2 3

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。 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		<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	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額	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		<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	

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
		<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 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	( )	

原則、上記「事業主証明欄」において死亡した方の証明がなされていれば「死亡診断書(写)」の添付は不要となりますが、場合によっては提出のお願いすることがあります。

### 必要書類一覧 兼 チェックリスト

・提出書類は「埋葬料支給申請書」+申請内容に該当する1～2の書類になりますので、該当する確認事項のチェック欄に☐がついていることを確認いただきご申請願います。(漏れがある場合は返戻の対象となりますのでご注意ください。)

	申請内容	確認事項	申請者 チェック欄	健保 使用欄
全ての申請に おいて必要	埋葬料支給申請書	① 被保険者(申請者)情報欄がすべて記入されている ② 受取代理人の欄がすべて記入されている(※1) ③ 振込先指定口座がすべて記入されている(※2) ④ 申請内容の欄がすべて記入されている ⑤ 事業主証明欄がすべて記入されている	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	被扶養者が亡くなり、 被保険者が申請する場合	添付書類不要	/	/
1	被保険者が亡くなり、 被扶養者が申請する場合	① 保険給付権利継承届 ② 保険給付金振込依頼書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	被保険者が亡くなり、 被扶養者以外の方が申請する場合	① 戸籍謄本(亡くなった被保険者との続柄が確認できるもの)(原本) ② 埋葬費用の領収書(原本) ③ 保険給付権利継承届 ④ 保険給付金振込依頼書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(※1) 被扶養者が亡くなられた場合の受取代理人はお勤めの事業所となります。  
(振込先指定口座欄の記入は不要です。)

(※2) 被保険者が亡くなられた場合は権利継承された方の振込先を記入してください。  
(受取代理人欄の記入は不要です。)

(※3) 保険給付金振込依頼書には「埋葬料」以外に当組合から給付が発生した場合に振込を希望される振込先を記入してください。  
(高額療養費など)