

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	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1 0 0 0	番号 2 0 0 0	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 5 8 0 2 0 1
	氏名	(フリガナ) カクハ 海空 花子			申請者について ①被保険者が亡くなった場合 ⇒被保険者により生計維持されていた方/埋葬を行った方 ②被扶養者が亡くなった場合 ⇒被保険者	
	住所	(〒 〇×× - 〇△△△) 東京 (都道府県) 〇×市×-×-×				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (〇×〇) 〇〇〇〇-△△△△				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座※	すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。 ※被保険者が亡くなった場合は「権利承継届」に記載の申請者の口座に振込となるため、記入不要です。					
	金融機関 名称	ゆうちょ銀行	口座の 記号-番号 (左づめ)	1	0	1
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同一名義の口座を記入してください。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。				

◀添付書類▶ (※1、※2) をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

<ul style="list-style-type: none"> ■被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合 ■被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合※3 	<ul style="list-style-type: none"> ●事業主による死亡の証明 (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。[A] をご参照ください。) ●権利承継届(被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合)
<ul style="list-style-type: none"> ■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 	<ul style="list-style-type: none"> ●住民票等、被保険者との続柄がわかるもの ●住居が別の場合は、定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留のコピーまたは亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書など ●権利承継届
<ul style="list-style-type: none"> ■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 	<ul style="list-style-type: none"> ●領収書(支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの) ●埋葬に要した費用の明細書(費用の内訳がわかるもの) ●権利承継届
<ul style="list-style-type: none"> ■事業主の証明を受けられない場合[A] 	<p>下記に挙げるもののうちいずれか一つ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●埋葬許可証または火葬許可証のコピー ●死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー ●亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本 ●住民票など

※1 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

※3 任意継続被保険者の方が亡くなった場合は、
別途「健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書」もあわせて、ご提出ください。
任意継続被扶養者の方が亡くなった場合は、
別途「健康保険任意継続被保険者被扶養者異動届」もあわせて、ご提出ください。

受付日付印

「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

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

被保険者等 記号・番号	1000 - 2000	被保険者氏名	海空 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 令和 8年 1月 1日	肺がん	<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	申請区分	1
	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
亡くなられた家族は、退職等により前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 →申請区分は「2. 埋葬料」もしくは3. 埋葬費」をご選択ください。		申請区分	2
被保険者の氏名	海空 太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻
埋葬に要した費用の額		埋葬した年月日	令和 8年 1月 5日
		← 申請区分が「3. 埋葬費」の場合のみ金額をご記入ください。	
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	海空 太郎	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		<input checked="" type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	令和 8年 1月 1日 死亡
	事業所所在地	〒△△△-××××		令和 8年 1月 15日
	事業所名称	東京都△△区○-○ ××ビルディング		
事業主氏名	株式会社 記入例			
	記入 例子	TEL	03 (△△△△) ×○×○	