

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き

被保険者または被扶養者が死亡したとき支給されます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

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

以下に当てはまる場合に添付いただくもの(詳しくは協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください)

死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」
死亡原因の負傷が第三者の行為による場合	「第三者行為による傷病届」
〈埋葬料〉 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合	事業主による死亡の証明または死亡診断書等のコピー (申請書の2ページめに、事業主による証明を受ける欄があります。)
〈埋葬料〉 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被扶養者以外の方が 申請する場合	●生計維持を確認できる書類 ・住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの) ・住居が別の場合、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
〈埋葬費〉 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	・領収書の原本 (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
●事業主の証明を受けられない場合 ●任意継続被保険者(被扶養者)が 亡くなられた場合	・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

※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。)

- ・任意継続被保険者の方が亡くなられた場合は保険証もあわせてご返却ください。
- ・任意継続被扶養者の方が亡くなられた場合は、「健康保険任意継続被保険者被扶養者異動届」に保険証を添付して届出てください。

ご提出・お問い合わせ先

次ページに記入例があります。➔


保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

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 (XXXX) XXXX 

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

1 ページ

被保険者記入用

埋

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。
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 被保険者情報

記号	番号	生年月日	年	月	日
217000023	21	昭和	6	11	022
(フリガナ) キョウカイ ハナコ		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
氏名・印	協会 花子		自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1	△△マンション101			
電話番号	TEL 03 (XXXX) XXXX				

3 振込先指定口座

金融機関名称	〇〇〇〇	銀行	〇〇〇〇	本店	支店
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1234567	左づめでご記入ください。	
口座名義	キョウカイ ハナコ			口座名義の区分	1 1. 被保険者 2. 代理人

受取代理人の欄

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。平成 年 月 日

被保険者	氏名・印	住所	「被保険者情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	氏名・印	住所	被保険者との関係

4 被保険者のマイナンバー記載欄

※ご注意ください

被保険者が亡なられての申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。「氏名・印」、「住所」、「電話番号」、「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者記載欄

様式番号

協会使用欄

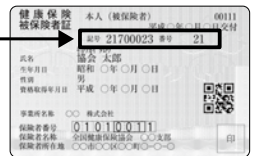
受付日付印

全国健康保険協会 協会けんぽ

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、保険証に記載されています。



2 被保険者が亡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。

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	銀行	〇〇〇	本店	支店
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1234567	左づめでご記入ください。	
口座名義	キョウカイ ハナコ			口座名義の区分	1 1. 被保険者 2. 代理人

4 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。貼付台紙に㊦㊧どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。
㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書
※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者・事業主記入用

被保険者氏名 協会 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 28年 4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「第三者行為による傷病届」を提出してください。
5	●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
6	亡くなられた家族は、退職などにより健康組合などが運営する健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。 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。		
9	●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 協会 太郎	被保険者からみた申請者との身分関係 妻	埋葬した年月日 7 年 月 日
6	埋葬に要した費用の額 8 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、退職などによる協会けんぽの被保険者資格の喪失後、家族の被扶養者となった方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。 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
9	死亡した方の氏名 協会 太郎	被保険者・被扶養者の別 被保険者	死亡年月日 平成 28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 28年 4月 27日 事業所所在地 東京都中央区△△1-2 事業所名称 ○○株式会社 事業主氏名 健保 三郎		

様式番号

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

5 6 被扶養者が亡くなった場合は⑤にご記入ください。被保険者が亡くなった場合は⑥にご記入ください。

9 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。

7 8 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葬壇一式料のほか、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼などの実費額です。埋葬に要した費用の範囲についてご不明な点がございましたら、ご提出先となる協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

亡くなった方	支給対象となる方	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
	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

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、当該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。