

埋葬料(費)支給申請書 不備の多い点をまとめました

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2 ページ 埋

被保険者記入用

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。
申請書は、黒のボールペン等を使用し、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

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			1.昭和 2.平成 3.令和		
※	氏名・印 (フリガナ)		印 自署の場合は押印を省略できます。			
住所	〒	番 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					
振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	左づめでご記入ください。		
	口座名義	ワカタカナ(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	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 (申請者) <input type="checkbox"/> 2.代理人	
受取代理人欄	被保険者 (申請者)	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。		年	月	日
	代理人 (口座名義人)	氏名・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	1.平成 2.令和		
被保険者 (申請者)		〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者 (申請者) との関係		
代理人 (口座名義人)		住所 (フリガナ)	印			
氏名・印						

※ご注意ください
被保険者がご記入の申請書に「健康保険被保険者証の記号・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」「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が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び住所台帳の交付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の
提出代行名記載欄

様式番号 協会使用欄

6 3 1 1 6 7 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

1/2

制度の概要は[こちら](#)
申請書のダウンロードは[こちら](#)

・被保険者情報欄の不備

被保険者（お勤めされていた方）が亡くなった場合は、届け出を出される方の氏名・住所・電話番号をご記入ください。

・振込先指定口座欄の不備

- ①振込先指定口座欄の記入漏れ
- ②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
- ③ゆうちょ銀行の店名記入誤り
(ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁の店名になります。
例 ハニハ支店など 通帳に記載がありますのでご確認ください。)

・受取代理人欄の不備

振込先指定欄に申請者以外の口座を記入された場合、受取代理人の欄もご記入いただく必要がございます。記入漏れにご注意ください。

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日 年 月 日	死亡原因	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input 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。
	死亡した方の <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.令和		
●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"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.令和	被保険者との続柄	
亡くなられた家族は、退職などにより健保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、葬儀手当金や出産手当金を引き継ぎ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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.令和	
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(積立減額)		
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、葬儀手当金や出産手当金を引き継ぎ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 <input type="checkbox"/> 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	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日 年 月 日
	死亡した方の	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.令和 死亡
上記のとおり相違ないことを証明します			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名	印	TEL	※ハイフン除く

様式番号
6 3 1 2 6 6

・事業主証明欄の不備
未記入の箇所があると返戻になります。
(押印は省略していただいてもかまいません)

<添付書類> 添付がない場合、書類を返戻いたします。

- 被保険者(もしくは被保険者が亡くなった場合、被保険者より生計を維持されていた方が)埋葬料を申請する場合
 - 住民票(写)の原本(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの。市区町村によっては除票が必要)
 - 住居が別の場合は定期的な仕送りの事実がわかる預金通帳等のコピーや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
- 埋葬を行った方が埋葬費を申請する場合
 - 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
- 申請書2ページ目の事業主の証明が受けられない、又は、任意継続健康保険加入者が亡くなった場合
 - 埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書等亡くなったことが確認できる書類の写し(戸籍、住民票の場合は原本)
- 証明書等が外国語で記載されている場合
 - 翻訳文(翻訳者の署名、住所、電話番号を明記)
- 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による場合
 - 第三者行為による傷病届

<添付書類>

●被保険者が死亡した場合

・健康保険の被扶養者で無いが、被保険者より生計を維持されていた方が埋葬料を申請するとき

住民票(写)の原本(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの。市区町村によっては除票が必要)

住居が別の場合は定期的な仕送りの事実がわかる預金通帳等のコピーや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

・埋葬を行った方が埋葬費を申請するとき

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

・申請書2ページ目の事業主の証明が受けられない、又は、任意継続健康保険加入者が亡くなったとき

埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書等亡くなったことが確認できる書類の写し(戸籍、住民票の場合は原本)

●被扶養者が死亡した場合

・申請書2ページ目の事業主の証明が受けられない、又は、任意継続健康保険加入者が亡くなったとき

埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書等亡くなったことが確認できる書類の写し(戸籍、住民票の場合は原本)

●共通

・証明書等が外国語で記載されている場合

翻訳文(翻訳者の署名、住所、電話番号を明記)

・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による場合

第三者行為による傷病届