



## 記入例

## 葬祭料(費)支給申請書

※被保険者が亡くなられた場合

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部

1 被保険者  
船員保険 家族

## 葬祭料(費) 支給申請書

葬

## 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)欄	① 記号番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3			
	② 個人番号 (マイナンバー)					
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	センボ ハナコ 船保 花子				
	④ 生年月日	○ ○ ○ 1 2 3	年	月	日	
	⑤ 住所	郵便番号	1 0 2 - 8 0 1 6	電話番号 (日中の連絡先)	03 (xxxx) 0000	

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	2 1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。	
	金融機関名称	○○	銀行 (信金・信金・信連) (農銀・漁銀) (その他)	△△ (本店(本所) (出張所) (代理店) (支店(支所))
	預金種別	普通	カタカナでご記入ください。	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	センボ ハナコ
	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。			

⑦ 受取代理人の欄	⑥ 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。		
	氏名	令和 年 月 日 住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ		
	代理人(口座名義人)	(氏名) 被保険者との 関係		
住所	(郵便番号 - ) 電話番号 (日中の連絡先)	( )		

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

1

「被保険者」に○をつけてください。

2

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑦をご確認ください。

3

申請者の氏名を記入してください。  
⑤欄の住所も同様に申請者の住所をご記入ください。

4

亡くなられた被保険者の生年月日をご記入ください。

5

被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

6

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

7

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦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

①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(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 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。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

1

R8.1



## ※被保険者が亡くなられた場合

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部  
船員保険⑧ **被保険者** 船員保険 家族 葬祭料(費) 支給申請書

## 被保険者(申請者)・船舶所有者

被扶養者 が亡くな れどき	⑧ 被扶養者の 氏名		被扶養者の 生年月日	( <input type="checkbox"/> 令和) ( <input type="checkbox"/> 平成) ( <input type="checkbox"/> 令和)	年 月 日	被保険者との 続柄
	⑨ 死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因			
	⑩ 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、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。			
⑪	亡くなられた方は、退職などにより健康保険の被保険者資格喪失後に船員保険の被扶養者になった方で、次のいずれかに該当しますか。 (1)健康保険の資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき (2)健康保険の資格喪失後、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)健康保険の資格喪失後、(2)の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき				[ <input type="checkbox"/> はい] [ <input type="checkbox"/> いいえ]	
	「はい」の場合、船員保険の被扶養者になる前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号			保険者名	記号・番号	

被保険者 が亡くな れどき	⑫ 被保険者の 氏名	船保 太郎	被保険者からみた 申請者との 身分関係	妻		
	⑬ 死亡年月日	令和 ○○ 年 9 月 10 日	死亡原因	⑨	急性心不全	
	⑭ 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、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。			
	⑮ 葬祭した年月日	⑪ 令和 年 月 日	葬祭に要した 費用の額			
	⑯ 最後に使用されていた 船舶所有者の氏名	船員保険株式会社		資格喪失年月日	令和 ○○ 年 9 月 11 日	
	⑰ 最後に使用されていた 船舶所有者の住所	東京都千代田区△△△				
	⑯	亡くなられた方は、退職などにより船員保険の被保険者資格喪失後に 健康保険の被保険者または被扶養者になった方で、 資格喪失後3か月以内に亡くなられたことによる申請ですか。			[ <input type="checkbox"/> はい] [ <input type="checkbox"/> いいえ]	
⑯	「はい」の場合、船員保険の資格喪失後に 健康保険の被保険者または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			保険者名		
	被保険者番号		記号・番号			
⑯	高齢者の医療の確保に関する 法律の葬祭料に相当する支給を 受けたとき	保険者番号		保険者名		
	被保険者番号			受給額	円	

船舶所有者 が証明 する欄	死亡した方の名前		死亡年月日			
	⑫	船保 太郎	令和 ○○ 年 9 月 10 日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 ○○ 年 9 月 15 日		
	船舶所有者の住所	〒○○○-○○○○ 東京都千代田区△△△		電話番号	03 ( xxxx ) ○○○○	
船舶所有者の氏名	船員保険株式会社					

⑧

「被保険者」に○をつけてください。

⑨

死亡原因が負傷による場合は、別紙「負傷原因届」を必ず添付してください。第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

⑩

⑭、⑯欄については、あてはまるものに○をつけてください。  
⑯欄が「はい」の場合は保険者名と記号・番号もご記入ください。

⑪

申請者が被扶養者の方、または被扶養者以外の方で被保険者に生計を維持されていた方が申請を行う場合は、⑮欄の記入は必要ありません。  
上記以外で実際に葬祭を行った方が申請する場合は、必ずご記入ください。

⑫

船員保険加入中に亡くなられて船舶所有者の証明を受けられる場合は、亡くなれたことが確認できる書類の添付は不要です。



## 記入例

## 葬祭料(費)支給申請書

※被扶養者が亡くなられた場合

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部

① 被保険者  
船員保険 家族 葬祭料(費) 支給申請書

葬

## 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)欄	② 記号番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3			
	② 個人番号 (マイナンバー)					
	記号番号を「記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)の記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類の添付が必要です。)					
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎				
	④ 生年月日	西暦 (平成) (令和)	○ ○ ○	1 2 3	月	日
	⑤ 住所	郵便番号	1 0 2 - 8 0 1 6	電話番号 (日中の連絡先)	03 (xxxx) 0000	

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。	
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。			
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信連 <input type="checkbox"/> 農銀 <input type="checkbox"/> 渔銀 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		カタカナでご記入ください。
	口座番号			
	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。			

⑦ 受取代理人の欄	⑤ 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託します。			令和 年 月 日
	氏名				住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)		被保険者との関係
		住所	(郵便番号 - ) 電話番号 (日中の連絡先) ( )		

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1  
受付日付印

6

①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。<sup>※1</sup> 貼付台紙に②③どちらも貼付し、申請書に添付してください。

②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

③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(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 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。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

3

R8.1

1 「家族」に○をつけてください。

2 資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑥をご確認ください。

3 船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。

4 公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。  
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

5 ③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。



## ※被扶養者が亡くなられた場合

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部  
船員保険7 被保険者  
船員保険 家族 葬祭料(費) 支給申請書

被保険者(申請者)・船舶所有者

被扶養者が亡くなられたとき	⑧ 被扶養者の氏名	船保 花子	被扶養者の生年月日	昭和 49年 5月 5日 (平成 19年 5月 5日)	被保険者との続柄	妻
	⑨ 死亡年月日	令和〇〇年 9月 10日	死亡原因	⑩ 急性心不全		
	⑩ 第三者の行為によるものですか	〔はい〕 〔いいえ〕 ※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。				
	⑪	亡くなられた方は、退職などにより健康保険の被保険者資格喪失後に船員保険の被扶養者になった方で、次のいずれかに該当しますか。 (1)健康保険の資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき (2)健康保険の資格喪失後、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)健康保険の資格喪失後、(2)の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			〔はい〕 〔いいえ〕	
		「はい」の場合、船員保険の被扶養者になる前に加入していた健康保険の被保険者名と記号・番号			保険者名	
					記号・番号	

被保険者が亡くなられたとき	⑫ 被保険者の氏名		被保険者からみた申請者との身分関係				
	⑬ 死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因				
	⑭ 第三者の行為によるものですか	〔はい〕 〔いいえ〕 ※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。					
	⑮ 葬祭した年月日	令和 年 月 日	葬祭に要した費用の額				
	⑯ 最後に使用されていた船舶所有者の氏名			資格喪失年月日	令和 年 月 日		
	⑰ 最後に使用されていた船舶所有者の住所						
	⑱	亡くなられた方は、退職などにより船員保険の被保険者資格喪失後に健康保険の被保険者または被扶養者になった方で、資格喪失後3か月以内に亡くなられたことによる申請ですか。			〔はい〕 〔いいえ〕		
	⑲	「はい」の場合、船員保険の資格喪失後に健康保険の被保険者または被扶養者として加入していた健康保険の被保険者名と記号・番号			保険者名		
	⑳				記号・番号		
	㉑	高齢者の医療の確保に関する法律の葬祭料に相当する支給を受けたとき	保険者番号		保険者名		
		被保険者番号		受給額	円		

船舶所有者が証明する欄	死亡した方の名前		死亡年月日			
	⑩ 船保 花子		令和〇〇年 9月 10日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和〇〇年 9月 15日		
	船舶所有者の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区△△△			
船舶所有者の氏名		船員保険株式会社	電話番号	03 ( xxxx ) 〇〇〇〇		

7 「家族」に○をつけてください。

8

死亡原因が負傷による場合は、別紙「負傷原因届」を必ず添付してください。第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

9

⑩、⑪欄については、あてはまるものに○をつけてください。  
⑪欄が「はい」の場合は保険者名と記号・番号もご記入ください。

10

船員保険加入中に亡くなられて船舶所有者の証明を受けられる場合は、亡くなられたことが確認できる書類の添付は不要です。



申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

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

死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」(※2)
死亡原因が第三者の行為によるものの場合	「第三者行為による傷病届」(※2)
「 <b>葬祭料</b> 」 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合  「 <b>家族葬祭料</b> 」 被扶養者が亡くなられた場合(被保険者が申請)	添付書類はありません。
「 <b>葬祭料</b> 」 ・被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計を維持されていた方が申請する場合  ・被保険者であった方が資格喪失後3か月以内に亡くなり、被保険者であった方により生計を維持されていた方が申請する場合	同居の場合 ●住民票(亡くなられた被保険者と申請者がそれぞれ記載されているもの)  別居の場合は住民票に加えていずれかを添付してください。 ●定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳や現金書留のコピー ●亡くなられ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
「 <b>葬祭費</b> 」 被保険者が亡くなり、被保険者により生計を維持されていた方がいない場合で、実際に葬祭を行った方が申請する場合	●領収書(宛名に支払った方のフルネームが記載されており、亡くなられた被保険者の葬儀費用であることが記載されているもの)  ●葬祭に要した費用の明細書
船舶所有者の証明が受けられない場合	●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死調書のコピー ●亡くなられた方の戸籍(除籍)謄(抄)本 ●亡くなられた方の住民票(除票) ] いずれか1つ

※1 疾病任意継続被保険者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。

疾病任意継続被扶養者が亡くなられた場合は、別途「船員保険疾病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。

※2 ホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。)

## 葬祭料(費)の支給要件と支給額

### 【被保険者が亡くなられた場合】

- 亡くなられた被保険者により生計を維持されていた方に対して標準報酬月額の2か月分(付加給付を含みます)
- 亡くなられた被保険者により生計を維持されていた方がいない場合には、実際に葬祭をされた方に対して標準報酬月額の2か月分の範囲内で葬祭に要した費用に相当する額(付加給付を含みます)

### 【被扶養者が亡くなられた場合】

- 被保険者に対して標準報酬月額の1.4か月分(付加給付を含みます)

### 資格喪失後に亡くなられた場合

被保険者であった方が資格喪失後3か月以内に亡くなられた場合には、葬祭料(費)の支給を受けることができます。  
※被保険者の資格を喪失後に被扶養者が亡くなられた場合には、家族葬祭料は支給されません。