

# 埋葬料(費)申請書の記入のポイント

## ・申請書1ページ目

1 2 ページ

健康保険 被保険者 家 族
**埋葬料(費) 支給申請書**
被保険者記入用
埋

加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証 記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 1.昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 3.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
---------------------------------------	------------------------------	--

被保険者(健康保険料を支払っている方)の氏名および氏名(カナ) **両方ご記入ください。**

氏名(カタカナ)

氏名

被保険者が亡くなられた場合は**申請者の氏名**をご記入ください。

郵便番号(ハイフン除く)

電話番号(左づめハイフン除く)

住所

被保険者がなくなっている場合は、**申請者の住所及び電話番号**をご記入ください。

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名

振込先指定口座

振込先指定口座は**被保険者(申請者)の口座**をご記入ください。

※令和5年1月から、被保険者(申請者)の口座へ振込とする仕様に変更し、受取代理人欄は削除しています。

預金種別

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

「被保険者・事業主記入用」は2ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認(被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)
添付書類	死亡証明書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備
	領収書内訳書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備
	戸籍(法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付
	生計維持確認書類	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備
	埋葬費用	<input type="text"/> 円
	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付
	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由) <input type="text"/>

6 3 1 1 1 1 0 1

枚数

交付日付印

全国健康保険協会  
協会けんぽ

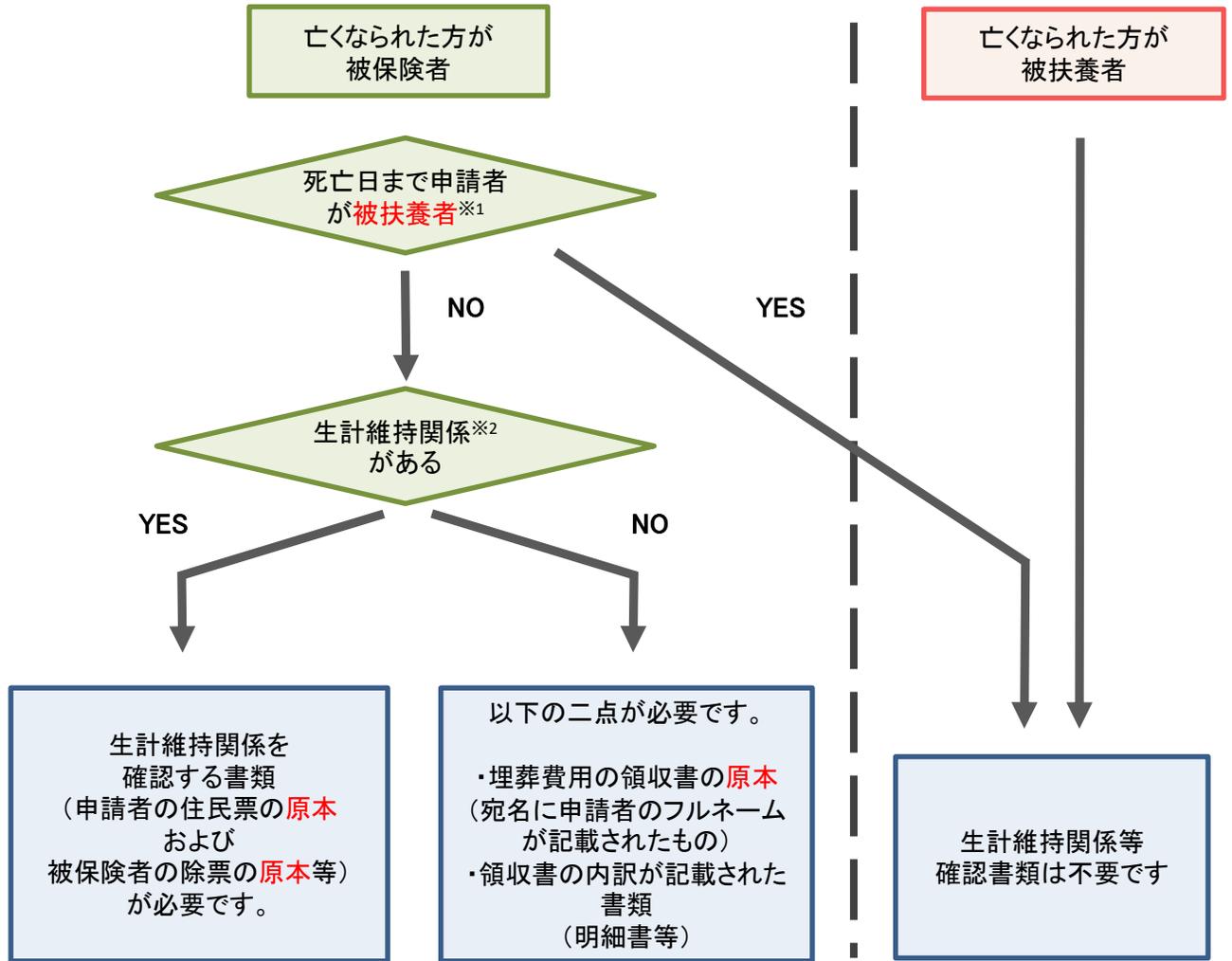
1 / 2

(2022.12)

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書		1	2	ページ
被保険者氏名		被保険者・事業主記入用		
①-1 死亡者区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者) <input type="checkbox"/> 3. 家族埋葬料				
①-2 ①-2では「1. 埋葬料,もしくは「2. 埋葬費」をご選択ください。 ①-2では「3. 家族埋葬料」をご選択ください。				
①-3 区分、氏名等記入内容に誤りがないようご記入ください。 ※被保険者のご家族であっても、健康保険の被扶養者になられていない方については支給対象外となりますのでご注意ください。				
②-1 死亡した方の氏名 (カタカナ)				
②-2 死亡した方の生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
②-3 死亡年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
②-4 続柄(身分関係) 「被保険者が死亡」した場合は、被保険者と申請者の身分関係をご記入ください。 「家族が死亡」した場合は、被保険者との続柄をご記入ください。				
③-1 必ず原因についてご記入ください。通勤途中または業務に起因する傷病の場合は労災に該当する可能性がありますのでお近くの労働基準監督署にご確認ください。 (労災に該当しないと回答があった場合は協会けんぽにご連絡ください。)				
③-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ				
④ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。				
⑤ 同一の死亡について、健康保険組合や国民健康保険等から埋葬料(費)を受給していますか。 <input type="checkbox"/> 1. 受給した <input type="checkbox"/> 2. 受給していない				
⑥-1 埋葬した年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
⑥-2 埋葬に要した費用の額 <input type="text"/> 円				
死亡した方の氏名 (カタカナ)				
死亡年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
事業主所在地 <input type="text"/>				
事業所名称 <input type="text"/>				
事業主氏名 <input type="text"/>				
電話番号 <input type="text"/>				
6 3 1 2 1 1 0 1				
全国健康保険協会 協会けんぽ		2 / 2		

## ～添付書類にご注意ください～

埋葬料(費)は亡くなられた方と申請者の関係、資格喪失後か否か等によって、必要な添付書類が変わります。以下の点に注意して申請書および添付書類をご準備ください。



※1 以下の「資格喪失後の受給要件」を満たす場合、被扶養者であっても生計維持関係有無にかかるとなる添付書類が必要となります。

※2 生計維持関係とは生前同居していた、もしくは仕送りにより生計を維持されていた関係がある場合をいいます。

仕送りによる生計維持関係がある場合は「仕送り額が確認できる通帳のコピー等」仕送り事実が確認できる書類の添付が必要となります。

### 資格喪失後の受給要件

被保険者が退職等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(費)が支給されます。  
(資格喪失後に加入した健康保険組合等で埋葬料を請求していないときに限ります。)

- 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
- ③ 被保険者だった方が②の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