

記入のポイント 埋葬料（費）（1ページ）

健康保険 被保険者 家 族 埋葬料（費） 支給申請書

1 2 ページ

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。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
		被保険者（本人）の情報を記入	
被保険者（申請者）情報	氏名（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。	
	氏名	申請書について ①被保険者がお亡くなりになった場合 ②被保険者により生計維持されていた方／埋葬を行った方 ③被扶養者がお亡くなりになった場合 ④被保険者	
	郵便番号（ハイフンなし）	電話番号（ハイフンなし）	
	住		
被保険者（本人）の情報を記入 （被保険者が亡くなられた場合は、申請される方の情報）			
被扶養者情報	被扶養先指		
金融機関名称	支店名	口座番号（左づめ）	
預金種別	1 普通預金		

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・申請者記入用】は2ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
[記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。]

原則記入不要
記入すると確認書類が必要

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

記入不要

記入のポイント 埋葬料（費）（2ページ）

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費） 支給申請書

1 2 ページ

被保険者・事業主記入用

被保険者氏名

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)	⇒ 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。
①-2 申請区分	<input type="checkbox"/> 1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) <input type="checkbox"/> 2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請) <input type="checkbox"/> 3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)	
②-1 死亡した方の氏名 (カタカナ)	<input type="text" value="姓と名の間は1マス空け"/>	
②-2 死亡した方の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
②-3 死亡年月日	令和	
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 死亡の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病	⇒ ③-2へ
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. 未請求	
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	
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	
「①-2申請区分」が「2. 埋葬費」の場合のみご記入ください。 ※埋葬料の場合は、別途申請に要した費用の領収書と明細書も添付してください。		
⑥-1 埋葬した年月日	令和 <input type="text" value="年"/> 年 <input type="text" value="月"/> 月 <input type="text" value="日"/> 日	
⑥-2 埋葬に要した費用の額	<input type="text" value="円"/>	

申請者が記入

協会けんぽ以外の他の保険者(国民健康保険、健康保険組合等)から、埋葬料(費)を受給していないことの確認です。
申請していない場合は、「2.受給していない」を記入

①-2「申請区分」が「2.埋葬費」の場合記入

死亡した方の氏名
(カタカナ)

事業主が記入
※記入がない場合や、任意継続加入者の死亡であるときは、別途添付書類が必要です

事業主氏名

電話番号

6 3 1 2 1 1 0 1