

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

電子申請用

被保険者・事業主記入用

被保険者氏名

記入方法については、「記入の手引き」をご確認ください。

申請内容	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 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)	<div></div> <div>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。</div>	
	②-2 死亡した方の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	
	② ②-3 死亡年月日	令和 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 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 死亡の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病	➡ ③-2へ
	③ 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	「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	
「①-2申請区分」が「2. 埋葬費」の場合のみご記入ください。 ※埋葬費の場合は、別途埋葬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 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日		
⑥ ⑥-2 埋葬に要した費用の額	<div></div> 円		

「健康保険埋葬料(費)支給申請書記入の手引き」をご確認ください。

事業主証明欄	死亡した方の氏名 (カタカナ)	<div></div> <div>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。</div>	
	死亡年月日	令和 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	事業所所在地	令和 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日	
	事業所名称		
	事業主氏名		
電話番号			

6 3 1 2 1 1 0 3

㊦



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)