

# 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

加入者が亡くなり、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(申請者)情報	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ)																生年月日			
	個人番号 (マイナンバー)	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご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等の添付が必要になります。)																			
	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	申請者について ①被保険者が亡くなった場合 ⇒被保険者により生計維持されていた方／埋葬を行った方 ②被扶養者が亡くなった場合 ⇒被保険者																			
	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	都 道 府 県																				

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 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 <b>不要</b> 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、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。		
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

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	生計維持 確認書類	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	
	領収書 内訳書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	埋葬費用		
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付	
6 3 1 1 1 1 0 3		その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	枚数	

受付日付印

(2026.1)



全国健康保険協会  
協会けんぽ

1 / 2

# 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

申請内容

『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。

①-1  
死亡者区分☐1. 被保険者  
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☐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)  
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)  
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)

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。

②-2  
死亡した方の生年月日☐1. 昭和  
2. 平成  
3. 令和年月日

②

②-3  
死亡年月日令和年月日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☐1. 仕事以外(業務外)での傷病  
2. 仕事(業務上)での傷病  
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。☐1. はい  
2. 請求中  
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。☐1. はい  
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。☐1. 受給した  
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年月日⑥-2  
埋葬に要した費用の額円

事業主証明欄

死亡した方の氏名  
(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。

死亡年月日

令和年月日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

令和年月日

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

2 / 2