

埋葬料(費)支給申請における注意点



健康保険で支給される埋葬料(費)は、お亡くなりになった方が被保険者あるいは被扶養者の方なのかによって、記入上の注意点や添付いただく書類が異なります。

被保険者が亡くなられたとき

被扶養者が亡くなられたとき

①被扶養者

②被扶養者以外の生計を維持されていたご家族

③実際に埋葬を行った方

④被保険者

5万円
(埋葬料)

5万円
(埋葬料)

5万円の範囲内で
埋葬の費用
(埋葬費)

5万円
(家族埋葬料)

①から④いずれの場合も、申請書の事業主証明欄へ証明が必要です。事業主の証明を受けられない場合や、任意継続加入者がお亡くなりになられた場合は、次のいずれかの書類を添付してください。

- ・死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し
- ・埋葬許可証または火葬許可証の写し
- ・亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本
- ・住民票の除票(原本)

なし

添付書類必要
(注1)

添付書類必要
(注2)

なし

(注1) 被扶養者以外の同居されていたご家族が申請される場合は、**住民票(亡くなった被保険者の死亡日及び被保険者と申請者の氏名が記載されているもの)**を添付してください。

市区町村によって、「住民票1通」で確認できる場合と被保険者の「除票の住民票」と申請者の「住民票」の両方が必要な場合があります。

交付を受ける前に、市区町村役場に確認をしてから交付申請をしてください。(交付を受けた際には、住民票に亡くなった被保険者の死亡日の記載があること、被保険者と申請者の氏名が記載されていることを確認してください。)

尚、戸籍謄本では住民票の代わりとはなりませんので、ご注意ください。

また、住民票はマイナンバーの記載がない原本を添付してください。

上記に対して、被扶養者以外の別居されていたご家族が埋葬料を申請される場合は、生計維持を確認できる書類(定期的な仕送りの事実のわかる預金通帳や現金書留の封筒の写し、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の写し等)を添付してください。生計維持を確認できる書類がない場合は、埋葬費の請求となります。

(注2) **埋葬費用の領収書の原本と明細書**を添付してください。

領収書につきましては、**支払った方のフルネームが記載されている領収書の原本**を添付願います。

また、埋葬に要した費用の明細書につきましても必ず添付願います。

申請できる方

支給額

お亡くなりになったことの確認

その他の確認事項の有無

埋葬料(費)支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

例：被保険者である協会 太郎が死亡し、被扶養者である協会 花子が申請する場合

1ページ目：被保険者(申請者)記入欄

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書 被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

| | | | |
|--------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 被保険者証の (左づめ) | 記号 2 1 7 0 0 0 2 3 | 番号 2 1 | 生年月日 年 月 日 2 0 1 0 5 1 0 |
| 氏名・印 (フリガナ) 姓 名 | 協会 花子 | | |
| 住所 〒 | 2 4 0 〇 〇 〇 〇 | 神奈川県 横浜市 〇 〇 区 | 〇 〇 町 1 - 1 |
| 金融機関 名称 | ゆうちょ | 二三八 | |
| 預金種別 | 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 2 3 4 5 6 7 8 | 左づめでご記入ください。 |
| 口座名義 | キョウカイ ハナコ | 口座名義 の区分 | 1 1. 被保険者 2. 代理人 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|-------------------|
| 受取代理人の欄 | 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任します。 | 年 月 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | 氏名・印 | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ |

※ご注意ください 「被保険者・事業主記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者が亡くなった後の申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。「氏名・印」、「住所」、「電話番号」、「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

6 3 1 1 6 7 1

交付日付印

被保険者：協会 太郎

健康保険 被保険者証

本人(被保険者) 平成26年6月25日交付 00111

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎

生年月日 平成 元年 5月 10日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 〇 株式会社

保険者番号 〇 1 〇 1 〇 〇 1 1 6

保険者名称 全国健康保険協会 〇 〇 支部

保険者所在地 〇 〇 市 〇 〇 区 〇 〇 町 〇 〇 〇 〇

記号番号・生年月日は亡くなられた被保険者(協会 太郎)の情報を記入してください。

申請者：協会 花子

健康保険 被保険者証

家族(被扶養者) 平成26年6月25日交付 01111

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 58年 10月 1日

性別 女

認定年月日 平成 26年 6月 1日

被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 〇 株式会社

保険者番号 〇 1 〇 1 〇 〇 1 1 6

保険者名称 全国健康保険協会 〇 〇 支部

保険者所在地 〇 〇 市 〇 〇 区 〇 〇 町 〇 〇 〇 〇

氏名・住所・振込先指定口座は申請者(協会 花子)の情報を記入してください。



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

マイナンバー記載欄につきましては、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者が死亡した場合は、被扶養者以外の生計を維持されていたご家族が申請するとき(埋葬料)、実際に埋葬を行った方が申請するとき(埋葬費)も同様の記載となります。

申請者氏名と口座について、死亡された被保険者の情報を記入する不備が多くなっておりますので、ご注意ください。

例：被保険者である協会 太郎が死亡し、被扶養者である協会 花子が申請する場合で、受取代理人が神奈川 花江である場合

1ページ目：被保険者（申請者）記入欄

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

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。

| | | | |
|-----------------|-----------|----|--------|
| 被保険者証の （左側の） | 記号 | 番号 | 生年月日 |
| | 217000023 | 21 | 010510 |

| | |
|------|--|
| 氏名・印 | 協会 花子 |
| 住所 | 〒2400000 神奈川県横浜市○○区 電話番号 TEL 045xx-xx-xx |

| | | |
|------------|------------------------|---------------|
| 金融機関 名称 | ゆうちょ | 二三八 |
| 預金種別 | 1 普通 3.別段 2.当座 4.通知 | 口座番号 3456789 |
| 口座名義 | カナガワ ハナエ | 口座名義 の区分 2 |

| | |
|----------------|--------------------------------|
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受取を下記の代理人に委任します。 |
| 被保険者 （申請者） | 協会 花子 |
| 代理人 （口座名義人） | 神奈川 花江 |
| 関係 | 姉 |

※ご注意ください
被保険者が亡くなられての申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。「氏名・印」、「住所」、「電話番号」、「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

631167 1

受付日付印

マイナンバー記載欄につきましては、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。

マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しいたしますので、ご注意ください。

被保険者：協会 太郎

健康保険 本人（被保険者） 00111
被保険者証 平成26年6月25日交付
記号 21700023 番号 21
氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

記号番号・生年月日は亡くなられた被保険者（協会 太郎）の情報を記入してください。

申請者：協会 花子

健康保険 家族（被扶養者） 01111
被保険者証 平成26年6月25日交付
記号 21700023 番号 21
氏名 協会 花子
生年月日 昭和 53年 10月 1日
性別 女
認定年月日 平成 26年 6月 1日
被保険者氏名 協会 太郎

氏名・住所・受取代理人欄の申請者は申請者（協会 花子）の情報を記入してください。なお、受取代理人欄の申請者は必ず申請者の印を押印してください。

受取代理人：神奈川 花江

振込先指定口座・受取代理人欄の代理人（口座名義人）は受取代理人（神奈川 花江）の情報を記入してください。なお、受取代理人欄の代理人（口座名義人）は必ず代理人の印を押印してください。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ヶタ（二三八など）で記入してください。○○郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、申請書をお返しいたしますので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者氏名 協会 太郎

| | | | | |
|--|--------|----------------------------------|----------|----------------|
| 申請内容 | 死亡年月日 | 年 月 日 | 死亡原因 | 第三者の行為によるものですか |
| | 死亡した方の | 2.平成 2.令和 | 010515 | 急性心不全 |
| ●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき | | | | |
| ご家族の氏名 | 生年月日 | 1.昭和 2.平成 3.令和 | 被保険者との続柄 | |
| 亡くなられた家族は、退職などにより健康保険などが運営する健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き継ぎ受給中に亡くなられたとき ③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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ | | | | |
| 「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に入っていた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。 | | | | |
| ●被保険者が死亡したための申請であるとき | | | | |
| 被保険者の氏名 | 協会 太郎 | 被保険者からみた申請者との身分関係 | 妻 | 埋葬した年月日 |
| 埋葬に要した費用の額 | | 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額) | | |
| 亡くなられた方は、退職などによる協会けんぽの被保険者資格の喪失後、家族の被扶養者となった方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き継ぎ受給中に亡くなられたとき ③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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ | | | | |
| 「はい」の場合、資格喪失後に家族の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・番号をご記入ください。 | | | | |

申請内容の死亡年月日と事業主証明欄の死亡年月日の記入が相違しているケースがありますので、ご提出の際には、年月日が一致しているかを確認願います。

| | | | | |
|--------------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|
| 事業主証明欄 | 氏名 | 被保険者・被扶養者の別 | 死亡年月日 | 年 月 日 |
| | 死亡した方の | 協会 太郎 | 2.平成 2.令和 | 010515 死亡 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します | | | | |
| 事業所所在地 | 神奈川県横浜市○○区□□1-1 | 2.平成 2.令和 | 010530 | |
| 事業所名称 | ○○株式会社 | 事業主印 | TEL | 045○○○○○○○○ |
| 事業主氏名 | 健康 三郎 | | | |

資格喪失届の提出時の注意

事業所様が日本年金機構へ提出される「資格喪失届」の資格喪失年月日は、**死亡日の翌日**を記入してください(死亡日ではありません)。誤って死亡日を記入されるケースが多くなっておりますので、事業主様・社会保険事務ご担当者様におかれましてはご注意くださいませうお願いいたします。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

