

埋葬料（費）支給申請書の記入の注意点

1 ページ目：

被保険者（申請者）記入欄

※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ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被保険者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書		1	2	ページ	埋
		被保険者記入用			
記号・番号	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日		
10101011	1	2	40	10	01
氏名（カタカナ）	キョウカイ ハナコ				
氏名	協会 花子				
郵便番号（ハイフン除く）	981	0000	電話番号（左づめハイフン除く）	022XXXXXXX	
住所	宮城 県 仙台市 〇〇区〇〇町 1-1				
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。					
金融機関名称	ゆうちょ	銀行	支店名	二三八	本店 支店
預金種別	1	普通預金	口座番号（左づめ）	2345678	

※（枝番）の記載は不要です

資格情報のお知らせ		
記号	1010101	番号 1
枝番	00	
氏名	キョウカイ タロウ	
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日	
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日	
保険者番号	01040013	
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部	

「記号・番号」「生年月日」は、亡くなられた被保険者の情報を正確に記入ください。

「氏名」「カナ氏名」「住所」「振込先指定口座」は申請者（被扶養者等）の情報を記入ください。

振込先指定口座は必ず記入ください。
※ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名と口座番号に注意ください。



被扶養者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書		1	2	ページ	埋
		被保険者記入用			
記号・番号	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日		
10101011	1	1	40	10	01
氏名（カタカナ）	キョウカイ タロウ				
氏名	協会 太郎				
郵便番号（ハイフン除く）	981	0000	電話番号（左づめハイフン除く）	022XXXXXXX	
住所	宮城 県 仙台市 〇〇区〇〇町 1-1				
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。					
金融機関名称	七十七	銀行	支店名	佐沼	本店 支店
預金種別	1	普通預金	口座番号（左づめ）	1234567	

資格情報のお知らせ		
記号	1010101	番号 1
枝番	00	
氏名	キョウカイ タロウ	
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日	
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日	
保険者番号	01040013	
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部	

被保険者情報欄はすべて被保険者の情報をご記入ください。

氏名（カタカナ）は、口座名義名として使用されます。

※資格情報のお知らせに記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応必須

①振込先指定口座欄の下に赤字で「口座名義名が異なります」と記入

資格情報のお知らせ		
記号	1010101	番号 1
枝番	00	
氏名	キョウカイ タロウ	
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日	
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日	
保険者番号	01040013	
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部	

②申請書に下記書類添付

- 同一人物と確認できる書類（運転免許証など）
- 預金通帳の写し（支店名・口座番号・口座名義記載ページ）

被保険者が死亡した場合

①申請者が被保険者との間に生計維持関係があるとき

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・事業主記入用

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 死亡者区分 1 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。

①-2 申請区分 1 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) キョウカイ タロウ

②-2 死亡した方の生年月日 2 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 40 年 10 月 01 日

②-3 死亡年月日 令和 07 年 03 月 28 日

②-4 続柄(身分関係) 配偶者 「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 1. 仕事(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では「1. はい」を選択してください。 ③-2では「2. 請求中」を選択してください。 ③-2では「3. 未請求」を選択してください。

③-2 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。 2 1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者(第三者による傷病)」をご提出ください。

④ 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。 2 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

死亡した方の氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

死亡年月日 令和 07 年 03 月 28 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 〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 株式会社 〇〇

事業主氏名 〇 〇

電話番号 022-000-0000

6 3 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 2

申請内容①には該当する番号を必ず記入ください。

被保険者死亡で、申請者と生計維持関係がある時
①-1：「1」
①-2：「1」

また、被扶養者以外の方が申請する場合、**生計維持関係がわかる書類を添付**ください。
※詳しい添付書類は下記にある「**check**」を確認ください。

死亡した方のカナ氏名、生年月日は資格情報のお知らせに記載されている情報を正確に記入ください。

死亡年月日は必ず記入ください。
※事業主による証明と同日である必要があります。

申請者と亡くなった方の**身分関係**を必ず記入ください。

死亡の原因が労災・通災に該当しない場合は「1」と記入ください。

国民健康保険や他の社会保険より**埋葬料(費)**を受けていない場合は「2」を記入ください。
※他から受給している場合、申請いたいても支給対象になりません。

被保険者が勤めていた事業主より証明をいただけてください。
※事業主より証明をいただけない場合、下記の添付書類が必要となります。

証明日は**死亡年月日後かつ提出する日以前の日付**を記入ください。

check

【申請する場合、必ず下記の添付書類が必要です】

	内容
必須	○被保険者と同居の場合 →「被保険者の住民票除票の原本」および「申請者の住民票の原本」 ○被保険者と別居の場合 →「仕送りのわかる預貯金通帳等のコピー」または「亡くなった方が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書」等 ※申請する方が被扶養者の場合は添付は不要となります。
右記の場合必要	事業主証明がもらえないまたは任意継続加入者がお亡くなりになられたとき ○下記のいずれかを添付ください ・死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー ・埋葬許可書または火葬許可書のコピー ・亡くなった方の戸籍(除籍)謄本 ・住民票の除票

②申請者が被保険者との間に生計維持関係がないとき

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・事業主記入用

被保険者氏名

協会 太郎

①-1 死亡者区分

1

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

①-2 申請区分

2

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)

キョウカイ タロウ

②-2 死亡した方の生年月日

2 40 年 10 月 01 日

②-3 死亡年月日

令和 07 年 03 月 28 日

②-4 続柄(身分関係)

兄

③-1 死亡の原因

1

1. 仕事以外(業務外)での疾病
2. 仕事(業務上)での疾病
3. 通勤途中での疾病

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。

2

1. はい
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。

2

1. 受給した
2. 受給していない

⑥-1 埋葬した年月日

令和 07 年 03 月 30 日

⑥-2 埋葬に要した費用の額

120000 円

死亡した方の氏名(カタカナ)

キョウカイ タロウ

死亡年月日

令和 07 年 03 月 28 日

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所所在地 〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇
事業所名称 株式会社 〇〇
事業主氏名 〇 〇
電話番号 022-000-0000

6 3 1 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 2

申請内容①には該当する番号を必ず記入ください。

被保険者死亡で、申請者が被保険者と生計維持関係がない時
①-1: 「1」
①-2: 「2」

死亡した方のカナ氏名、生年月日は資格情報のお知らせに記載されている情報を正確に記入ください。

死亡年月日は必ず記入ください。
※事業主による証明と同日である必要があります。

申請者と亡くなった方の身分関係を必ず記入ください。

死亡の原因が労災・通災に該当しない場合は「1」と記入ください。

国民健康保険や他の社会保険より埋葬料(費)を受けていない場合は「2」を記入ください。
※他から受給している場合、申請いたいても支給対象になりません。

①-2を「2」と記入した場合、必ず記入ください。
また、あわせて「埋葬費用の領収書原本」、「領収書の内訳が記載された書類」を添付ください。
※詳しい添付書類については下記にある「check」を確認ください。

被保険者が勤めていた事業主より証明をいただってください。
※事業主より証明をいただけない場合、下記の添付書類が必要となります。

証明日は死亡年月日後かつ提出する日以前の日付を記入ください。

check

【申請する場合、必ず下記の添付書類が必要です】

	内容
必須	- 埋葬費用の領収書の原本 (宛名が申請者のフルネームで記載されたもの) - 領収書の内訳が記載された書類 (明細書等)
右記の場合必要	事業主証明がもらえないまたは任意継続加入者がお亡くなりになられたとき ○下記のいずれかを添付ください - 死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー - 埋葬許可書または火葬許可書のコピー - 亡くなった方の戸籍 (除籍) 謄本 - 住民票の除票

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

協会 太郎

①-1
死亡者区分

2

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」をご記入ください。

①-2
申請区分

3

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)

キョウカイ ハナコ

②-2
死亡した方の生年月日

2

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

41

年

11

月

01

日

②-3
死亡年月日

令和

07

年

03

月

15

日

②-4
続柄(身分関係)

配偶者

「被保険者が死亡」の場合は、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

1. 仕事以外(業務外)での傷病
2. 仕事中(業務上)での傷病
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。

☐

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。

2

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。

2

1. 受給した
2. 受給していない

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

死亡した方の氏名
(カタカナ)

キョウカイ ハナコ

死亡年月日

令和

07

年

03

月

15

日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業主所在地

〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業主名称

株式会社 ○○

事業主氏名

〇 ○○

電話番号

022-000-0000

令和

07

年

04

月

08

日

申請内容①には該当する番号を必ず記入
ください。

被扶養者死亡の時
→①-1 : 「2」
①-2 : 「3」

死亡した方のカナ氏名、生年月日は資格
情報のお知らせに記載されている情報を
正確に記入ください。

死亡年月日は必ず記入ください。
※事業主による証明と同日である必要が
あります。

申請者と亡くなった方の続柄を必ず記入
ください。

死亡の原因が労災・通災に該当しない場
合は「1」と記入ください。

国民健康保険や他の社会保険より埋葬料
(費)を受けていない場合は「2」を記
入ください。
※他から受給している場合、申請いた
いても支給対象になりません。

被保険者が勤めている事業主様より証明
をいただってください。
※事業主より証明をいただけない場合、
下記の添付書類が必要となります。

証明日は死亡年月日後かつ提出する日以
前の日付を記入ください。

check! 【事業主証明がない場合、添付書類が必要です】

	内容
右記の場合 必要	事業主証明がもらえないまたは任意継続加入者がお亡くなりになられたとき ○下記のいずれかを添付ください ・死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー ・埋葬許可書または火葬許可書のコピー ・亡くなった方の戸籍(除籍)謄本 ・住民票の除票

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、「被扶養者異動届」の非該当年月日は、**死亡日の翌日**を記入ください(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すようお願いいたします。