

(新様式) 記入のポイント 埋葬料 (費) ①

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
家 族

1 2 ページ

被保険者記入用

埋

不明の場合は記入不要

(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

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
氏名 (カタカナ)	姓と名の間に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。		1. 月 2. 日 3. 年
氏名	申請書について の被保険者がお亡くなりになった場合		
郵便番号 (ハイフン除く)	「被保険者」死亡のときのみ、「申請される方」の氏名 *「被扶養者」死亡のときは「被保険者」の氏名を記入してください。		
住所	府 県		

必ず「被保険者」の生年月日

受取代理は原則廃止 → 必要の際は別紙記入

金融機関名称	銀行 金融 信託 農協 協同 その他 ()	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)

自動審査対象外となり、支給日数要する場合あり

↑ 必要箇所をすべて記入 ↑

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もご記入ください。
(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

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

記入すると確認書類が必要

6 3 1 1 1 1 0 1

(新様式) 記入のポイント 埋葬料(費) 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

①-1 死亡者区分	<input type="checkbox"/>	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	<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) 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)	<input type="text"/>		
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字()、半角点(・)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	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
②-3 死亡年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
②-4 続柄(身分関係)	<input type="checkbox"/> 「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。 <input type="checkbox"/> 「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 2. 仕事(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。	<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	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区」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 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、別途埋葬料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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
⑥-2 埋葬に要した費用の額	<input type="text"/> 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。

死亡した方の氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字()、半角点(・)は1字としてご記入ください。			
死亡年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号			

・この欄は事業主から記入を受けてください。

記入を受けられないときや任意継続被保険者の死亡であるときは、死亡したことがわかる書類を添付

6 3 1 2 1 1 0 1

