

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

被保険者が亡くなった場合→紫の配色の内容を確認ください。
被扶養者が亡くなった場合→青い配色の内容を確認ください。

○被保険者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

加入者がお亡くなりになり、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。

被保険者証	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	2170000231		2010510

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) 9810000

電話番号(左づめハイフン除く) 022xxxxxx

住所 山梨 甲府市 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	支店名	口座番号
ゆうちょ	二三八	2345678

※(枝番)の記載は不要です

「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 埋葬料(費) 支給申請書

加入者がお亡くなりになり、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。

被保険者証	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	2170000231		2010510

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) 9810000

電話番号(左づめハイフン除く) 022xxxxxx

住所 山梨 甲府市 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	支店名	口座番号
山梨中央	甲府	1234567

※(枝番)の記載は不要です

「記号・番号」、「氏名(カタカナ)」、「生年月日」は、被保険者の保険証に記載された記号番号・氏名を正確に記入ください。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。
※保険証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

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)



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 01 年 05 月 10 日

②-3 死亡年月日 05 年 05 月 28 日

②-4 続柄(身分関係) 配偶者

③-1 死亡の原因 1 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。 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「第三者の行為による傷病」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 05 年 06 月 15 日

⑥-2 埋葬に要した費用の額 63121101 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 05 年 05 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 甲府市〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 株式会社 〇〇

事業主氏名 〇 〇〇

電話番号 055-000-0000

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。

例)

- ・被保険者死亡の時
→①-1:「1」
- ・申請書が被扶養者または被保険者と生計維持関係がある時
→①-2:「1」

また、被扶養者以外の方が申請する場合、生計維持の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、生年月日は保険証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申請書受付日より前の年月日を記入ください。

check

【申請する場合、必ず下記の添付書類が必要です】

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. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

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) キョウカイ タロウ

②-2 死亡した方の生年月日 2 01 年 05 月 10 日

②-3 死亡年月日 05 年 05 月 28 日

②-4 続柄(身分関係) 兄

③-1 死亡の原因 1. 仕事(業務)中の病気 2. 仕事(業務)中の怪死 3. 通勤途中での怪死

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

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

⑥-1 埋葬した年月日 05 年 07 月 15 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 05 年 05 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 甲府市〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 株式会社 〇〇

事業主氏名 〇 〇

電話番号 055-000-0000

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。

(例)

- ・被保険者死亡の時
→①-1:「1」
- ・申請書が被扶養者または被保険者と生計維持関係がない時
→①-2:「2」

死亡した方のカナ氏名、生年月日は保険証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申請書受付日より前の年月日を記入ください。

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



被扶養者が死亡した場合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 ページ
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 ①-2では「1. 埋葬料、もしくは「2. 埋葬費」をご選択ください。
2. 家族(被扶養者) 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
姓と名の間は1マス空けてご記入ください(「1. 生年」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 2 1. 昭和 01 年 10 月 29 日
2. 平成
3. 令和

②-3 死亡年月日 05 年 04 月 15 日
令和

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。
家族が別居した場合は、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 05 年 05 月 08 日
※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。

⑥-2 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
姓と名の間は1マス空けてご記入ください(「1. 生年」は1字としてご記入ください。)

死亡年月日 令和 05 年 04 月 15 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 甲府市〇〇町〇〇-〇〇 令和 05 年 05 月 08 日

事業所名称 株式会社 〇〇

事業主氏名 〇〇 〇〇

電話番号 055-000-0000

申請内容①には該当する番号を必ず記入ください。

(例)・被扶養者死亡の時
→①-1 : 「2」
①-2 : 「3」

死亡した方のカナ氏名、生年月日は保険証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申請書受付日より前の年月日を記入ください。

check!

【事業主証明がない場合、添付書類が必要です】

右記の場合
必要

内容

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ったとき
○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ようお願いいたします。

照会先

全国健康保険協会 山梨支部
協会けんぽ

〒400-8559

甲府市丸の内3-32-12

甲府ニッセイスカイビル4階

TEL : 055-220-7750 (代表)