

1枚目 (2枚1組) 健康保険 埋葬料(費)・埋葬付加金支給申請書 被保険者(申請者)記入用

【添付書類】

- ◆被扶養者が亡くなったとき
死亡診断書、火葬許可証、埋葬許可証、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1点、写しを添付ください。
- ◆被保険者が亡くなったとき

申請者別	被扶養者	なし(事業主証明欄にて証明) ※任意継続被保険者の場合は、死亡診断書、火葬許可証、埋葬許可証、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1点、写しを添付ください
	被扶養者以外で生計を維持されていた家族	同居の場合：住民票の写し(被保険者と請求者が記載されているもの) ※マイナンバーの記載のないもの
	生計維持関係のない家族・親族・友人・知人など	埋葬に要した費用の領収書の原本(申請者のフルネームが記載されたもの)、及び上記費用の内訳として品目、単価、数量などが記載された明細書の原本

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号	記号 123 番号 456	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。	
	従業員番号	123456	メールアドレス	○○○○@×××.co.jp
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 1 月 15 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都○○区□□1-2-3	被保険者が亡くなった場合には申請者の名前と連絡先をご記入ください。	
	電話番号(日中の連絡先)	×××-×××-××××		

振込先指定口座(※)	金融機関名称	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 信組 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	普通	口座番号(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義(カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 ケンポ タロウ		口座名義の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づき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)	署名	被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	住所	(〒)	口座名義が申請者本人であれば 記入不要	委任者と代理人との関係
氏名	(フリガナ)			

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

2枚目

(2枚1組)

健康保険

埋葬料(費)・埋葬付加金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名		健保 太郎		被保険者の氏名を記入してください。		どちらかにチェックを入れてください。	
死亡した方の	死亡年月日	2026 年 4 月 15 日	死亡原因	急性心不全	死亡した年月日を記入してください。	死亡した原因をご記入ください。	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
●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	健保 次郎	生年月日	昭和 20 年 2 月 1 日	被保険者との続柄	父	亡くなられたご家族の氏名を記入してください。	
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 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続き支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 checked="" type="checkbox"/> 2.いいえ		「1.はい」の場合は、下記の「保険者名」「記号・番号」を記入してください。	
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に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。				保険者名			
				記号・番号			
●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	埋葬に要した金額を記入してください。		被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	埋葬した年月日を記入してください。		
埋葬に要した費用の額				年 月 日			
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 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続き支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 checked="" type="checkbox"/> 2.いいえ		「1.はい」の場合は、下記の「保険者名」「記号・番号」を記入してください。	
「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。				保険者名			
				記号・番号			

事業主証明欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日	日死亡
	上記のとおり	※ 事業所が記入・証明する欄			日
	事業所				
	事業所名称				
事業主氏名		電話	()		