

健康保険 埋葬料（費）支給申請書 記入例

1ページ

① 被保険者の情報を正確に記入してください。
被保険者が亡なられたの申請の場合は、申請される方の氏名、住所を記入してください。
(振込口座も同様です。)

② 被扶養者(家族)が亡くなった場合に記入してください。

③ 被保険者(本人)が亡くなった場合に記入してください。

家族以外の方が申請する場合は、「埋葬を行った年月日」および「埋葬に要した費用の額」を必ず記入してください。

④ 公金受取口座を利用する場合
✓を記入してください。(口座情報の記入は不要)
※マイナポータル等で事前登録が必要です。

公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

⑤ 事業主より証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことがわかる書類の添付が必要です。

※ 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書			
被保険者証の記号・番号	123 3210	生年月日	昭和 35年 12月 30日
氏名	健保 花子		
住所	(〒○○○-○○○) 名古屋市○○区○○町1-1 △△マンション101 TEL ○○○(○○○)○○○		
死亡した方の死亡年月日	令和 3年 6月 15日	死亡の原因	心筋梗塞
第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい ※4 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
●被扶養者(家族)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	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄
亡なられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に当組合の被扶養者認定を受けた方で、今回の申請は右記に該当するものでしたか。		<input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡なられたとき <input type="checkbox"/> ②資格喪失後、傷病手当金等を引き続き支給中に亡なられたとき <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の支給終了後3か月以内に亡なられたとき	
上記に該当していた場合、家族が当組合の被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名及び記号・番号について		保険者名	被保険者証の記号・番号
●被保険者(本人)が死亡したための申請であるとき			
被保険者の氏名	健保 太郎	被保険者からみた申請者との身分関係 ※注1	妻
埋葬(葬儀)を行った年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額 ※注2 (埋葬費として申請する際に記入)	円
亡なられた方は、退職等により当組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の申請は右記に該当するものでしたか。		<input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡なられたとき <input type="checkbox"/> ②資格喪失後、傷病手当金等を引き続き支給中に亡なられたとき <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の支給終了後3か月以内に亡なられたとき	
上記に該当していた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として認定されていた健康保険の保険者名及び記号・番号について		保険者名	被保険者証の記号・番号
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
銀行	本店	預金種別	口座番号(左づめでご記入ください)
000	000	1.普通 2.当座	1234567
金庫	支店		口座名義(カタカナ)
集約	出張所		ケンポ ハナコ
受取代理人の欄	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。 令和 年 月 日 被保険者(申請者) 氏名 (〒 -) TEL () 代理人(口座名義人) 住所 フリガナ 氏名		
事業主証明欄	死亡した方の氏名	健保 太郎	被保険者・被扶養者の別 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	死亡した年月日	令和 3年 6月 15日	死亡原因
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 3年 7月 20日
	事業所の所在地	名古屋市△△区△△町2-10	
	名称	医療法人 ○○○会	(記載者氏名) ○○ ○○
	事業主の氏名	理事長 ○○ ○○	
<注> 1. 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の家族の方が申請する場合は、その続柄を証明する書類(戸籍謄本など)を添付してください。 2. 被保険者が亡くなり、その埋葬を家族以外の方が行い申請する場合は、埋葬に要した費用の明細書、領収書を添付してください。 3. この申請書には死亡に関する事業主の証明もしくは市区町村長の埋(火)葬許可証、死亡診断書、死体検案書または検視調書の写しのいずれかを添付してください。 4. 死亡原因が第三者の行為による場合は、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。			
愛知県医療健康保険組合 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号 TEL 052-269-3203 [R5.4]			

■添付書類

以下に該当する場合に添付してください。

死亡原因が負傷(ケガ)の場合	「健康保険 負傷原因届」※
死亡原因の負傷が第三者の行為による場合	「第三者の行為による傷病届」※
・事業主の証明を受けられない場合 ・任意継続被保険者(被扶養者)が亡なられた場合	・埋(火)葬許可証の写し ・死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し
被保険者が亡くなり、被扶養者以外の家族の方が申請する場合	いずれか 1つ
被保険者が亡くなり、家族以外の方が申請する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等
	・領収書の原本 ・埋葬に要した費用の明細書

※ホームページから印刷できます。