

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。

被保険者が亡くなられての申請の場合は、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

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。

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	専業所の名称	医療法人 ○○会		
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
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か月以内に亡くなられたとき <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くなられたとき <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の支給終了後3か月以内に亡くなられたとき 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入っていた健康保険の保険者名及び記号・番号について					
●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	円		
亡くなられた方は、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か月以内に亡くなられたとき <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くなられたとき <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の支給終了後3か月以内に亡くなられたとき 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					
振込先指定口座	銀行 ○ ○ ○ ○	本店 支店 出張所	預金種別	①普通 ②当座	
	金庫 農協	○ ○ ○ ○	口座番号（左つめてご記入ください）	ケ ン ボ ハ ナ コ	
			1 2 3 4 5 6 7	健 保 花 子	
受領代理人の欄	被保険者	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。 令和 年 月 日			
	代理人（口座名義人）	氏名 フリガナ			
上記のとおり申請します。 令和 3 年 7 月 1 日					
① 被保険者（申請者） 干 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ 住所 名古屋市中区○○区○○町1-1 △△マンション101 氏名 健保 花子 TEL ○ ○ ○ (○ ○ ○) ○ ○ ○ ○					
専業主証明欄	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		
	死亡した年月日	死亡原因	令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	専業所の所在地	（記載者氏名）			
	名称				
	専業主の氏名				

<注>1. 被保険者が亡くなり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. 被保険者が死亡し、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専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 【R3.11.1】

⑤

専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。

■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」 ※
・専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）が亡くなられた場合	・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 } いずれか 1つ
被保険者が亡くなり、家族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
被保険者が亡くなり、家族以外の方が申請する場合	・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。