

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。
(④振込先指定口座も同様です。)

② 亡くなった方の氏名、生年月日、死亡年月日、死亡の原因、第三者行為によるものかを記入してください。

③ 被扶している家族が亡くなった場合「●被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき」の欄を記入してください。

被保険者(本人)が亡くなった場合「●被保険者(本人)が死亡したための申請であるとき」の欄を記入してください。
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です)
※マイナポータル等で事前登録が必要です。被保険者以外は公金受取口座を利用できません。

・公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座を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。

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書			
被保険者等 記号・番号	123 3210	被保険者からみた申請者との続柄(※注1)	
氏名(申請者)	健保 花子	妻	
申請者の住所	〒000-0000 TEL 000 (000) 0000 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101		
亡くなられた方の 氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 35年 12月 30日
亡くなられた方の 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 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、傷病手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 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		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	
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 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額に記入)	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、傷病手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 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		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。被保険者以外は公金受取口座を利用できません。また、公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。			
振込先指定口座は上記被保険者(申請者)と同じ名義の口座に限ります。			
銀行	本店	預金種別	口座番号(左つめで記入ください)
〇〇〇	〇〇〇	1普通 2当座	1234567
支店 出張所	口座名義(カタカナ)		
ケンポ	ハナコ		
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
死亡年月日	令和 3年 6月 15日	死亡原因	心筋梗塞
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 〇〇〇会 (記載者氏名)		
事業主の氏名	理事長 〇〇〇		

<注> 1. 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の方の家族の方が申請する場合は、その続柄を証明する書類(戸籍簿本など)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 【R5.11】

■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
被保険者が亡くなり、被扶養者以外の方の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。