

**被保険者が死亡した場合は、申請者の生年月日を記入してください。**

| 健康保険                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者<br><input type="checkbox"/> 家族 |  | 埋葬料(費)                          |  | 支給申請書                                                                 |  |
|----------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 記号・番号は、右づめで記入してください。 |  |                                                                         |  | 番号                              |  | 生年月日 年 月 日                                                            |  |
| 健康保険の<br>(右づめ)       |  | 9 8 7                                                                   |  | 9 8 7 6 5                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 |  |
| (フリガナ) タイヘイ テツル      |  | 氏名                                                                      |  | 太平 千鶴                           |  | 申請は、2ページ<br>してください                                                    |  |
| (〒 ○○○ - ××××        |  | 住所                                                                      |  | 東京 都道府県                         |  | 文京区後楽○○-○○-○○                                                         |  |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)     |  | TEL 03 (○○○○) ××××                                                      |  | 被保険者が死亡した場合は、<br>申請者名を記入してください。 |  | の生年月日を記入してください。                                                       |  |
| ☑本申請書の提出を事業主へ委任します   |  |                                                                         |  | 日中に連絡のとれる電話番号を記入<br>してください。     |  | 枝番は不要です。                                                              |  |

|                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                               |                                          |                                                                                           |                                                                                                        |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 申請内容                                                                                                                                                                     | 死 亡 年 月 日                                                        |                                               | 死 亡 原 因                                  |                                                                                           | 第三者の行為によるものですか                                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                          | 死亡した方の 令和 4 年 1 月 30 日                                           |                                               | 心筋梗塞                                     |                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>「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                                                           |                                               | 生 年 月 日                                  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日                                                                                                  | 被保険者との続柄 |
|                                                                                                                                                                          | 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、今回の申請は次に該当することによる請求ですか。 |                                               | <input type="checkbox"/> 1. はい    2. いいえ |                                                                                           |                                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br><input type="checkbox"/> ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき<br><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  |                                                                  |                                               |                                          |                                                                                           |                                                                                                        |          |
| 「はい」の場合、家族が扶養者認定前に加入していた健康保険の組合名称と記号・番号をご記入ください                                                                                                                          |                                                                  | 健康組合名称<br>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                                                                                                                                                                  |                                                                  | 太平 洋貴                                         |                                          | 被保険者からみた申請者との身分関係                                                                         | 妻                                                                                                      |          |
| 埋葬に要した費用の額                                                                                                                                                               |                                                                  | 6 5 0 0 0 0 円                                 |                                          | 埋葬した年月日                                                                                   | 令和 4 年 2 月 2 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、今回の申請は次に該当することによる請求ですか。                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/> 2    1. はい    2. いいえ |                                          |                                                                                           |                                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br><input type="checkbox"/> ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき<br><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 |                                                                  | 「はい」の場合は、必ず記入してください。                          |                                          |                                                                                           |                                                                                                        |          |
| 「はい」の場合、現在の健康保険の組合名称と記号・番号をご記入ください                                                                                                                                       |                                                                  | 健康組合名称<br>記号 番号                               |                                          |                                                                                           |                                                                                                        |          |
| ●介護保険サービスを受けていたとき                                                                                                                                                        |                                                                  |                                               |                                          |                                                                                           |                                                                                                        |          |
| 保 険 者 番 号                                                                                                                                                                |                                                                  | 被 保 険 者 番 号                                   |                                          | 保 険 者 名 称                                                                                 |                                                                                                        |          |

|                                                                                |        |       |             |      |                 |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------------|------|-----------------|----|
| 事業主証明欄                                                                         | 氏 名    |       | 被保険者・被扶養者の別 |      | 死亡年月日           |    |
|                                                                                | 死亡した方の | 太平 洋貴 | 被保険者        | 被扶養者 | 令和 4 年 1 月 30 日 | 死亡 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>委任を受けた埋葬料（費）（家族埋葬料）の受領は貴組合との間で定められている<br>所定の方法で受領いたします。 |        |       |             |      |                 |    |
| 事業所                                                                            |        | 所在地   | 令和 年 月 日    |      |                 |    |
| 事業主証明                                                                          |        | 担当者名  |             |      |                 |    |
| 電話                                                                             |        | ( )   |             |      |                 |    |

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

○添付書類

・死亡診断書、市(区)町村長の埋葬許可書(写)

- ・埋葬費の場合は、上記の他に埋葬にかかった費用の領収書

【健保使用欄】

|          |       |       |          |    |    |   |   |   |   |
|----------|-------|-------|----------|----|----|---|---|---|---|
| 支給・支払決議書 | 伺年月日  |       | 令和 年 月 日 |    |    |   |   |   |   |
|          | 支 払 額 |       | 百万       | 十万 | 万  | 千 | 百 | 十 | 円 |
|          | 法 定   |       |          |    |    |   |   |   |   |
|          | 死 亡 日 |       | 年 月 日    |    |    |   |   |   |   |
|          | 資格    | 得     | 年 月 日    |    | 備考 |   |   |   |   |
| 喪        |       | 年 月 日 |          |    |    |   |   |   |   |

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
|      |     |     |

受付目付印

No

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者が死亡したときの申請は、申請者の振込指定口座を記入してください。

|         |       |                                                                   |  |                        |               |    |             |                 |          |
|---------|-------|-------------------------------------------------------------------|--|------------------------|---------------|----|-------------|-----------------|----------|
| 振込先指定口座 | 金融機関名 | 健康                                                                |  | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( ) |               | 後楽 |             | 本店 支店 出張所 本所 支所 |          |
|         | 預金種別  | 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知                                         |  | 口座番号                   | 1 1 1 1 1 1 1 |    | 左づめでご記入ください |                 |          |
|         | 口座名義  | ▼カタカナ(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。<br>タイヘイ チツ・ル |  |                        |               |    |             | 口座名義の区分         | 1 1. 申請者 |

※ゆうちょ銀行には対応していません

※所属する事業所によっては、事業所経由の振込になることもあります

## ○埋葬料

被保険者が死亡した場合(退職後3ヵ月以内の死亡と傷病手当金・出産手当金受給中または受給後3ヵ月以内の死亡も含む)、その被保険者により生計を維持していた方が行なった埋葬

※「被保険者により生計を維持していた方」には、被保険者の収入により生計の一部を維持した者も含まれます。また、埋葬を実際に行なっていないくても、社会通念上埋葬を行なうべき方をいいます。

## ○埋葬費

被保険者が死亡した場合であって(退職後3ヵ月以内の死亡と傷病手当金・出産手当金受給中または受給後3ヵ月以内の死亡も含む)、埋葬料の支給を受ける方がいないときに、その他の方が行なった埋葬

## ○家族埋葬料

被扶養者が死亡したときの埋葬

## 支給額

埋葬料 : 5万円(法定)

埋葬料、家族埋葬料は死亡が確認されれば埋葬・葬儀が行なわれなくても支給されます。

被扶養者以外が請求する場合は下記の書類が必要です。

<添付書類>

### ● 生計維持を確認できる書類

住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)を添付してください。添付する住民票は個人番号(マイナンバー)の記載がないものをご提出ください。

なお住居が別の場合は下記の書類等の生計維持を確認できる書類を添付してください。

・ 定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留の封筒の写し

・ 亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書の写し など

埋葬費 : 5万円(法定)※5万円以内の実費

埋葬に要した実費額は、霊柩車代または借料、僧侶の謝礼等をいい、葬式の際の参加者の接待費用、香典返等は含まれません。

埋葬費は埋葬にかかった実費のため、葬儀や埋葬を行って費用が発生しない限り支給はありません。

<添付書類>

1. 埋葬費用の領収証(費用の内訳がわかるもの、写し可)

2. 死亡診断書(任意継続被保険者のみ、写し可)

家族埋葬料 : 5万円(法定)

死産の場合、被扶養者ではありませんので家族埋葬料の対象とはなりません。