

## 埋葬料(費)

## 支給申請に必要な書類

申請書は全**2**ページです。  
以下の添付書類と合わせて提出して下さい。

印刷設定(両面・片面)の指定はありません。

- 申請書① → 申請者の情報など……申請者(被保険者)が記入  
申請書② → 申請内容 ……………申請者(被保険者)が記入  
事業主記入用……………勤務先で証明を受けてください

### 【添付書類】

#### 【ご家族の方が申請する場合】 → 埋葬(料)

以下の①または②の1点を添付してください。

- ① 事業主による死亡の証明(申請書②ページに証明)
- ② 死亡を証明する書類(以下のいずれか)
  - ・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
  - ・亡くなった方の戸籍謄(抄)本(写し可) など

#### 【亡くなった方にご家族がいない場合】 → 埋葬(費) (実際に埋葬を行った方が申請します)

以下の①と②の両方を添付してください。

- ① 埋葬にかかった費用の領収書(原本)及びその費用の明細
- ② 死亡を証明する書類(以下のいずれか)
  - ・事業主による死亡の証明(申請書②ページに証明)
  - ・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
  - ・亡くなった方の戸籍謄(抄)本(写し可) など

## 埋葬料（費） 制度について

### 【制度について】

被保険者または被扶養者が亡くなった場合は、申請により埋葬料（費）として**上限5万円**が支給されます。

「埋葬費」を請求される場合の給付額は、「埋葬に要した費用」の実費分のみとなり、葬壇一式料・霊柩車代・霊柩運搬代・霊前供物代・火葬料・僧侶の謝礼などが対象となります。ただし、葬儀の際の飲食接待費は除きます。

### 【退職後に支給される場合】

被保険者が退職後3ヵ月以内に亡くなったときや、退職後傷病手当金または出産手当金の継続給付を受給中または受給終了後3ヵ月以内に亡くなったときは、埋葬料（費）の請求ができます。（退職後に加入した医療保険か退職前の健康保険のいずれかで給付を受けることとなります。）

※被保険者の退職後に被扶養者だった方が亡くなっても、家族埋葬料は支給されません。

# 健康保険 埋葬料（費）支給申請書

# 1

申請者（被保険者）記入

申請者（被保険者）情報	被保険者証 記号番号	—	生年月日		
	氏名	(フリガナ)	昭和 平成	年	月 日
	住所	(〒 — )	都道 府県		
	電話番号	勤務先 — —	日中（平日）に連絡がつく電話番号を記入してください。		
		携帯・自宅等 — —			

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別 (該当に○)	普通 当座	口座番号 (左づめ)
	口座名義 (フリガナ)	口座名義の区分 (該当に○)	

被保険者（申請者）  
代理人

代理人の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	委任者 (被保険者)	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
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	委任者と 代理人との 関係			

2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 埋葬料（費）支給申請書

## ②

申請者（被保険者）  
事業主 記入

被保険者氏名

申請内容(該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください)

1 死亡年月日	令和 年 月 日	3 第三者の行為によるものですか	はい 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。
2 死亡原因			

**4 被扶養者が死亡した場合**

被扶養者の氏名 (続柄)	( )	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
-----------------	-----	------	----------------

亡くなられた被扶養者は直近に他の健康保険等に加入されていましたか

はい いいえ

「はい」の場合、直近に加入していた健康保険の保険者名と記号番号を記入してください。

保険者名

記号番号

**5 被保険者が死亡した場合**

被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した費用	円	

退職後に亡くなられた場合は、死亡時に加入していた健康保険等の保険者名と記号番号を記入してください。

保険者名

記号番号

**6 介護保険法のサービスを受けていた場合**

保険者番号 被保険者番号 保険者名称

事業主証明欄

死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別 被保険者 被扶養者	死亡年月日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		