

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

|             |                      |             |            |   |          |          |
|-------------|----------------------|-------------|------------|---|----------|----------|
| 申請者の記入するところ | 被保険者証の記号と番号          |             | 事業所の名称     |   |          |          |
|             | 被保険者（申請者）の氏名         | フリガナ        |            | 被保険者の生年月日   | 昭和<br>平成 | 年 月 日    |
|             | 被保険者（申請者）の住所         | 〒 - 電話（ ） - |            |   |          |          |
|             | 死亡した年月日              | 死亡原因        |            | 第三者の行為によるものですか  |          |          |
|             | 平成・令和 年 月 日          |             |            | <input type="checkbox"/> はい <input 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 |          |          |
|             | ◆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              |             |            | 被保険者からみた申請者との身分関係   |          |          |
|             | 埋葬した年月日              | 平成・令和 年 月 日 | 埋葬に要した費用の額 | 円   |          |          |
|             | ◆被扶養者が死亡したための申請であるとき |             |            |   |          |          |
|             | 被扶養者の氏名              |             |            | 続柄  | 生年月日     | 昭和<br>平成 |
| 備考欄         |                      |             |            |   |          |          |

|             |                                     |  |         |             |                     |
|-------------|-------------------------------------|--|---------|-------------|---------------------|
| 事業主の証明するところ | 死亡した方の氏名                            |  | 死亡した年月日 | 平成・令和 年 月 日 | 死亡した方は<br>被保険者・被扶養者 |
|             | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日        |  |         |             |                     |
|             | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話（ ） - |  |         |             |                     |

|           |  |       |  |  |      |
|-----------|--|-------|--|--|------|
| 公金受取口座    | <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。<br>(利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入) |       |  |  |      |
| 払渡希望金融機関名 | 銀行 信用金庫 支店   |       |  |  |      |
| 口座番号      | 1.普通預金   | No.   |  |  | フリガナ |
|           | 2.当座預金   |       |  |  | 口座名義 |
| 委任状       | 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日  |       |  |  |      |
|           | 被保険者（申請者）住所氏名  | ----- |  |  |      |
| 代理人住所氏名   | -----  |       |  |  |      |

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|

## 記入上の注意

1. 被保険者が死亡した場合の申請者の氏名欄には、例えば「被保険者〇〇〇の妻〇〇〇」のように記載してください。
2. 被保険者が死亡した場合で、埋葬料の申請者が健康保険の被扶養者でないときは、次のいずれかの書類を添付してください。
  - ・同居していた場合は、住民票の写し（亡くなった方と申請者が記載されているもの）
  - ・定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳のコピー
  - ・定期的な仕送りの事実がわかる現金書留封筒のコピー
  - ・亡くなった方が請求者の公共料金等を支払っていたことがわかる領収書のコピー
3. 事業主の証明が受けられない場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
  - ・埋葬許可証のコピー
  - ・火葬許可証のコピー
  - ・死亡診断書のコピー
  - ・死体検案書のコピー
  - ・検視調書のコピー
  - ・亡くなった方の戸籍（除籍）謄（抄）本
  - ・住民票の写し
4. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
5. 埋葬費の申請の場合は、埋葬に要した費用の領収書及び明細書を添付してください。  
（埋葬費の申請者は、その被保険者により全く生計を維持されていなかった、現に埋葬を行った方）
6. 退職等で被保険者の資格を喪失した後も、次の場合には埋葬料（費）を受けられます。
  - ①資格喪失後3ヵ月以内に死亡したとき
  - ②傷病手当金・出産手当金の継続給付を受けている間または受けなくなって3ヵ月以内に死亡したとき上記①②に該当する場合は、備考欄に健康保険※の保険者名、保険者番号、被保険者証の記号・番号を記入するか、被保険者証の写しを添付してください。  
※尼崎機械金属健康保険組合の被保険者資格喪失後に亡くなられたときは、亡くなられたときに加入していた  
※退職等により健康保険の資格喪失後に当健康保険組合の被扶養者認定を受けたときは、以前に加入していた
7. 被保険者（申請者）の印については、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者（申請者）及び代理人の印については省略できません。