

埋葬料(費)支給申請書記入例(被保険者が亡くなった場合)

届書コード		
6	3	3

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

◎◎記入方法及び添付書類等については、「別紙」記入例「添付書類について」を確認してください。

⑦ 被保険者証の記号・番号		⑧ 被保険者の生年月日		届書種別	受付年度	通 番	グループ
千代田 いろは - 123		500305		03 平成			
④ (7桁) ケンボ ハナコ		事業所の名称		(株)協会商事			
被保険者(申請者)の氏名と印		所在地		千代田区△△ 1-1			
⑤ (7桁) トウキョウト ミナトク ○○ 2-2 △△マンション202		被保険者(申請者)の住所		東京 港区○○ 2-2 △△マンション202			
⑥ 死亡した年月日		⑦ 死亡原因		⑧ 第三者の行為によるものですか			
平成 210131		急性心不全		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
● 被扶養者が死亡したための申請であるとき							
⑨ 被扶養者の氏名		⑩ 被保険者の生年月日		⑪ 被保険者との続柄		被扶養者番号	
健保 太郎		昭和・平成		妻		※	
⑫ 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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。							
⑬ 上記⑫で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前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。							
● 被保険者が死亡したための申請であるとき							
⑭ 被保険者の氏名		⑮ 被保険者からみた申請者との身分関係		⑯ 埋葬した年月日			
健保 太郎		妻		平成			
⑰ 埋葬に要した費用の額		請求年月日		⑱ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)			
円		平成		円			
⑲ 亡くなられた方は、退職等により全国健康保険協会管掌健康保険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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。							
⑳ 上記⑲で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として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。							
● 介護保険法のサービスを受けていたとき							
市町村番号		受給者番号		発行機関名			
※ 請求者区分		不支給理由		第三者行為		備考	
1:本人 2:被扶養者		※		0:なし 1:あり		98条 105条 支払方法 法定支給額 受取人住所区分	
3:家族 4:その他		※		0:非該当 1:該当		円 0:本人 1:代理人	

① 「被保険者」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。

③ 亡くなられた被保険者の生年月日を記入してください。

④ 申請者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様に申請者の住所を記入してください。申請者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。申請者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

⑤ 死亡原因が負傷による場合は、⑦の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ⑦の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑦ ⑨～⑪欄を必要に応じて記入してください。

⑧ 被保険者の被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合は、②及び④欄の記入は必要ありません。上記以外で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、②及び④欄は必ず記入してください。

死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
健保 太郎	被保険者 被扶養者	平成 21 年 1 月 31 日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 21 年 2 月 6 日
事業所所在地	事業所名称	事業主氏名
東京都千代田区△△ 1-1	(株)協会商事	協会 三郎
事業主印		電話 03 (□□□□) □□□□

※ 事業主に証明を受けて提出してください。なお、任意継続被保険者が亡くなった場合や事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書の写し、埋葬許可証の写し、火葬許可証の写しなど)の添付が必要です。

埋葬料(費)支給申請書記入例(被扶養者が亡くなった場合)

届書コード		
6	3	3

健康保険 被保険者^① 家族 埋葬料(費) 支給申請書

◎記入方法及び添付書類等については、別紙「記入例」添付書類についてを確認してください。

① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日		届書種別	受付年度	通 番	グループ
千代田いろは 03010203-123		5:昭和 年 月 日 7:平成 500305		03	平成		
③ 被保険者(申請者)の氏名と印		④ 事業所の名称		⑤ 第三者の行為によるものですか			
ケンボ タロウ 健保 太郎		(株)協会商事		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
⑥ 被保険者(申請者)の住所		⑦ 死亡した年月日		⑧ 死亡原因			
〒番号 105-0000 (町ガ) トウキョウト ミナトク ○○ 1-1 △△マンション101 東京 港区 ○○ 1-1 △△マンション101		平成 210131		急性心不全			
● 被扶養者が死亡したための申請であるとき							
⑨ 被扶養者の氏名		⑩ 被扶養者の生年月日		⑪ 被保険者との続柄			
健保 花子		昭和・平成 511022		妻			
⑫ 亡くなった家族は、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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなったとき 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ったとき ③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなったとき							
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ							
⑬ 上記⑫で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前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。							
● 被保険者が死亡したための申請であるとき							
⑭ 被保険者の氏名		⑮ 被保険者からみた申請者との身分関係		⑯ 埋葬した年月日			
				平成 年 月 日			
⑰ 埋葬に要した費用の額		⑱ 請求年月日		⑲ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)			
円		平成 年 月 日		円			
⑳ 亡くなった方は、退職等により全国健康保険協会管掌健康保険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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなったとき 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ったとき ③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなったとき							
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
㉑ 上記㉒で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として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。							
● 介護保険法のサービスを受けていたとき							
市町村番号		受給者番号		発行機関名			
※ 請求者区分	不支給理由	第三者行為	98条	105条	支払方法	法定支給額	受取人住所区分(備考)
1:本人 2:被扶養者 3:家族 4:その他	※	0:なし 1:あり	※ 0:非該当 1:該当	※ 0:非該当 1:該当	※ 2:個人払 3:その他	円	※ 0:本人 1:代理人

- 「家族」に○をしてください。
- 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。
- 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。
- 死亡原因が負傷による場合は、⑧の負傷原因欄を必ず記入してください。
- ⑦の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。
- ⑦～⑲欄を必要に応じて記入してください。

事業主が証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
	健保 花子	被保険者 ・ 被扶養者	平成 21 年 1 月 31 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 21 年 2 月 6 日
	事業所所在地	東京都千代田区△△ 1-1	
事業所名称	(株)協会商事		
事業主氏名	協会 三郎	事業主印	電話 03 (□□□□) □□□□

※ 事業主に証明を受けて提出してください。なお、任意継続被扶養者が亡くなった場合や事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書の写し、埋葬許可証の写し、火葬許可証の写しなど)の添付が必要です。

裏面に振込希望口座記入例、添付書類について案内があります。

振 込 希 望 の 口 座	1 金融機関	② 銀行		店・本店 支店 出張所
	① 金融機関コード	〇 〇	金庫	〇 〇
	※		信組	
④ 支払区分		信連・信漁連	農協・漁協	本所・支所 本店・支店
② 預金種別	③ 口座番号	④ (フリガナ)	ケンボ	タロウ
② ①:普通 ②:通知 ③:別段	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	健保 太郎	

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ①、③の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等及び預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込み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、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはつきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
	住所 被保険者(申請者) 氏名	⑥
	代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係
受取人情報	代理人の住所 (〒 -)	電話 ()

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者及び受取代理人の⑥は必ず押印してください。(受取代理人の⑥は、被保険者の⑥と別の印鑑で押印してください。)

⑥ 死亡原因が負傷の場合は、「負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。死亡原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるものの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

負傷原因記入欄

被 保 険 者 の 申 請 書 が 記 入 す る と こ ろ	⑥ ⑧ 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)	⑦ ⑨ 受診した医療機関
	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)をしましたか。 平成 年 月 日 (曜日)</p> <p><input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤)</p> <p><input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ)</p> <p><input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事外)</p> <p><input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> <p><input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月</p> <p>8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</p> <p>9. 亡くなった被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していましたか。 <input type="checkbox"/> 加入有 ・ <input type="checkbox"/> 加入無</p>

社会保険労務士の
提出代行者印

⑥

平成 21 年 2 月 6 日提出

受付日付印

添付書類について

埋葬料(費)の別と申請者の別	添付書類
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合 <家族埋葬料> 被扶養者が亡くなった場合	● 添付書類なし
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合	● 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。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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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> 被保険者が亡くなり、被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合	● 領収書（支払った方のフルネームが記載されているもの） 埋葬に要した費用額が記載された領収書の原本を添付してください。 ● 埋葬に要した費用の明細書 埋葬に要した費用の明細書を添付してください。

1. 上記いずれの場合も、事業主の証明を受けられない場合は、死亡が確認できる次の書類のいずれかを添付してください。また、任意継続被保険者（被扶養者）が亡くなられた場合は、次の書類のいずれかを必ず添付してください。
 - ・ 埋葬許可証または火葬許可証の写し
 - ・ 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（除籍）謄（抄）本
 - ・ 住民票
2. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文には、翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。）

埋葬料(費)の支給要件等

■ 埋葬料（費）の支給要件と支給額

- 被保険者が亡くなった場合は、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方に埋葬料として5万円が支給されます。
- 被保険者が亡くなって、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料（5万円）の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額が支給されます。
- 被扶養者が亡くなった場合は、被保険者に家族埋葬料として5万円が支給されます。

<資格喪失後に死亡した場合>

被保険者の資格を失った後に亡くなった場合でも、次のいずれかの要件を満たした場合には、埋葬料（費）の支給を受けることができます。

- ① 被保険者であった方が、資格喪失後3ヵ月以内に亡くなった場合
- ② 被保険者であった方が、資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている間に亡くなった場合
- ③ 被保険者であった方が、資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けなくなった日から3ヵ月以内に亡くなった場合

※ 被保険者の資格を喪失後に被扶養者が亡くなった場合には、家族埋葬料は支給されません。