

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き

加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなられた場合は、申請される方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

<ul style="list-style-type: none"> ■被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合 ■被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●事業主による死亡の証明 (証明が受けられない方は〔A〕をご参照ください。)
<ul style="list-style-type: none"> ■被保険者が亡くなり、被扶養者以外の、被保険者により生計維持されていた方が申請する場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●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) ●住居が別の場合は、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コピーまたは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コピーなど
<ul style="list-style-type: none"> ■被保険者が亡くなり、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 	<ul style="list-style-type: none"> ●領収書 (支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの) ●埋葬に要した費用の明細書 (費用の内訳がわかるもの)
<ul style="list-style-type: none"> ■事業主の証明を受けられない場合〔A〕 ■任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなられた場合 (※2) 	<ul style="list-style-type: none"> ●埋葬許可証または火葬許可証のコピー ●死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー ●亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本 ●住民票など <p style="text-align: right;">} いずれか 1つ</p>

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

<ul style="list-style-type: none"> ■請求する死亡の原因が工作中(業務上)または通勤途中によるものであって、労働(通勤)災害の給付を請求中の場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●労働基準監督署への照会に関する同意書(※4)
<ul style="list-style-type: none"> ■死亡原因の負傷が第三者の行為による場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●第三者行為による傷病届

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 任意継続被保険者の方が亡くなられた場合は、被保険者証もあわせてご返却ください。
任意継続被扶養者の方が亡くなられた場合は、別途「健康保険被扶養者異動届」もあわせて、ご提出ください。

※3) 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、住所および電話番号を明記してください。)


※4) 労働災害について、労災保険の給付の決定に時間を要するため、先に健康保険の給付決定をした場合、労災保険の給付決定後、支給された当該健康保険の給付については、返納していただくことになります。

次ページに記入例があります。➡

記入例 埋葬料(費)支給申請書

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本

1 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 被保険者の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

被保険者が亡くなった場合は、申請される方の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。(住所も同様です。)

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
1 2 ページ
埋


被保険者記入用

加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

	記号(左詰め) 1 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/>	番号(左詰め) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/>	生年月日 2 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>
被保険者証	氏名(カタカナ) 3 <input type="text" value="ケン"/> <input type="text" value="コウ"/> <input type="text" value="タ"/> <input type="text" value="ロウ"/>		
被保険者(申請者)情報	氏名 <input type="text" value="健康"/> <input type="text" value="太郎"/>		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 婚姻状況 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯外
	郵便番号(ハイフン除く) <input type="text" value="10500000"/>	電話番号(左詰めハイフン除く) <input type="text" value="090XXXXXX"/>	
	住所 <input type="text" value="東京"/> <input type="text" value="港区"/> <input type="text" value="1-1"/> <input type="text" value="△△マンション101"/>		
4	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。 金融機関名称 <input type="text" value="〇〇〇〇"/> <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支店名 <input type="text" value="〇〇〇〇"/> <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 預金種別 <input type="text" value="1"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 口座番号(左詰め) <input type="text" value="1234567"/>		
5	被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。 社会保険労務士の提出代行者名記入欄		

4 被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。

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)・口座番号をご記入ください。



5 被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。

なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙に、

- ① ①の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。
- ② 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ③ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書(※1) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

6 被保険者が亡くなった場合は1または2を、被扶養者が亡くなった場合は3をご記入ください。

仕事中(通勤途中)に亡くなられた場合

■労災保険からの給付が原則
仕事中(通勤途中)の病気やケガが原因で亡くなられた場合については、原則労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外となります。

■健康保険からの給付が行われる場合
労災保険給付の対象とならない場合は、健康保険の給付対象となります。ただし、亡くなられた方が法人の役員の場合については、健康保険の給付対象とならない場合がありますので、健保組合にご相談ください。

被保険者氏名 **健康 太郎**

①-1 死亡者区分 **2** 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) ①-2では「1. 埋葬料、もしくは「2. 埋葬費」をご選択ください。①-2では「3. 家族埋葬料」をご選択ください。

①-2 申請区分 **3** 1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持費等による申請) 2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持費等以外による申請) 3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)

②-1 死亡した方の氏名(カタカナ) **ケンコウ ハナコ**
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。異名(「」,半角点「.」は1字としてご記入ください。

②-2 死亡した方の生年月日 **1** 昭和 **27** 年 **03** 月 **09** 日

②-3 死亡年月日 令和 **04** 年 **04** 月 **01** 日

②-4 続柄(身分関係) **母親** 「被保険者が死亡した場合は、被保険者と申請者の身分関係をご記入ください。家族が死亡した場合は、被保険者との続柄をご記入ください。」

③-1 死亡の原因 **1** 1. 仕事中(業務上)での病気 2. 仕事中(業務上)でのケガ 3. 通勤途中での病気 } ①-2へ

③-2 労災災害、認定を受けて、**7** 1. はい 2. 請求中 3. 未請求

④ 疾病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。 **2** 1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による疾病届」をご提出ください。

⑤ 同一の死亡について、健康保険組合や国民健康保険等から埋葬料(費)を受給していますか。 **2** 1. 受給した 2. 受給していない

⑥-1 埋葬した年月日 令和 年 月 日

⑥-2 埋葬に要した費用の額 円

⑨ 死亡した方の氏名(カタカナ) **ケンコウ ハナコ**
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。異名(「」,半角点「.」は1字としてご記入ください。

死亡年月日 令和 **04** 年 **04** 月 **01** 日

上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所所在地 **東京都千代田区△△1-1** 令和 **04** 年 **04** 月 **05** 日
事業所名称 **〇〇株式会社**
事業主氏名 **健保 三郎**
電話番号 **03-XXXX-XXXX**

7 仕事中(業務上)、通勤途中の原因による死亡については、原則労災保険給付の対象となります。

- ・労災保険給付を「3.未請求」の場合は、労災保険給付にご請求ください。
- ・労災保険給付に該当するかどうか分からない場合は、労働基準監督署にご相談ください。
- ・法人の役員であって、「■健康保険からの給付が行われる場合」に該当する場合は、「負傷原因届」を添付してください。
- ・労災保険給付の請求と並行して埋葬料(費)を請求する場合は「労働基準監督署への照会に関する同意書」を添付してください。
- ・労災保険給付の支給が決定した後、給付内容が重複した場合は、健康保険により給付した全額をご返納いただきます。

8 「①-2申請区分」が「2.埋葬費」の場合のみご記入ください。また、埋葬に要した費用の領収書と明細書も添付してください。

9 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、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

埋葬料(費)の支給要件等

支給を受ける条件

1 埋葬料について

被保険者が業務外の事由により亡くなった場合、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方(親族や遺族であることは問われません)に「埋葬料」として5万円が支給されます。

また、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。

☞「埋葬料」は、死亡の事実またはその確認があれば支給されるもので、埋葬を行ったことは要件とされていません。仮埋葬や葬儀を行わない場合でも支給されます。

2 埋葬費について

埋葬料を受けられる方がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料(5万円)の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する「埋葬費」が支給されます。

☞「埋葬費」は、実際に埋葬を行った方に支給されるため、埋葬を行った事実が必要であり、埋葬を行った後でなければ埋葬費を請求することはできません。

☞実際に埋葬に要した費用は葬壇一式料のほか、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼などの実費額です。埋葬に要した費用の範囲についてご不明な点がございましたら、健保組合にお問い合わせください。

亡くなった方	支給対象となる方	支給額
被保険者	①被保険者により生計を維持されていた方	埋葬料 5万円
	②①の対象者がいない場合は、実際に埋葬を行った方	埋葬費 5万円の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額
被扶養者	被保険者	家族埋葬料 5万円

資格喪失後の埋葬料(費)

被保険者が資格喪失後に亡くなり、次のいずれかに該当する場合は、埋葬料・埋葬費が支給されます。

①被保険者だった方が資格喪失後3か月以内に亡くなったとき

②被保険者だ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とき、もしくは、当該継続給付を受けなくなってから3か月以内に亡くなったとき

☞同じ埋葬に対して埋葬料(費)の支給は1回のみです。

☞被保険者の資格喪失後に被扶養者だったご家族が亡くなっても、家族埋葬料は支給されません。

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。消滅時効の起算日は、以下の通りです。

種類	消滅時効の起算日
■埋葬料 ■家族埋葬料	死亡年月日の翌日
■埋葬費	埋葬年月日の翌日