

健康保険 被保険者 埋葬料（費）埋葬付加金支給申請書  
家 族

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	① 被保険者証 記号 - 番号	—		② 被保険者氏名 (申請者氏名)				
	③ 被保険者住所 (申請者住所)	〒		電話	( )			
	④ 事業所名称				⑤ 事業所所在地			
	⑥ 死亡 年月日	令和	年	月	日	⑦ 死亡原因 (傷病名等)		
	被保険者が死亡したための申請であるとき							⑧ 第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ
	⑨ 被保険者氏名				⑩ 被保険者と申請者との身分関係			
	⑪ 埋葬した年月日	令和	年	月	日	⑫ 埋葬に要した費用	金 円 (別紙証拠書のとおり)	
	被扶養者が死亡したための申請であるとき							
	⑬ 被扶養者氏名			⑭ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑮ 被保険者 との続柄							
⑯ 被保険者のマイナンバー (①欄の記号番号を記入した場合は不要です)								
⑰ 受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を						に委任します。	
	被保険者（申請者）氏名 _____							

事 業 主 証 明 欄	⑱ 死亡した方の氏名				⑲ 死亡した方	被保険者・被扶養者	
	⑳ 死亡年月日	令和	年	月	日		
	㉑ 上記のとおり相違ないことを証明します。						
	事業所所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名						

※被保険者(申請者)が押印されない場合は、□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者（申請者）本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者（申請者）本人が確認している。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

【記入・添付書類について注意事項をご確認ください】

**【注意事項】**

- 標題は被保険者が死亡による申請の場合は「被保険者」を、家族が死亡による申請の場合は「家族」を○で囲んでください。
- 事業主の証明を受けられない場合は、除籍謄本、死亡診断書または死体検案書（写）を添付してください。
- 被保険者が死亡による申請の場合
  - ・ ⑩欄の記入は不要です。
  - ・ 被扶養者以外の方が埋葬料の申請をするときは、生計維持関係の確認できる書類（住民票等）を添付してください。
  - ・ 埋葬費の申請をするときは⑪・⑫欄をご記入いただき、埋葬に要した費用の領収書（原本で費用の内訳として品名、数量、単価、金額等が明記してあるもの）を添付してください。（別途添付書類が必要な場合もあります）
- ⑦欄の死亡原因が負傷による場合は外傷原因報告書を、自殺による場合は死体検案書を添付してください。

被保険者埋葬料	被保険者が死亡した場合、その被保険者により生計を維持されていて埋葬を行った方が受給できます。
埋葬費	被保険者が死亡した場合、被保険者によって生計を維持されていた方がいないときは、実際に埋葬を行った方が埋葬料の額の範囲内で、埋葬にかかった費用の実費を受給できます。
家族埋葬料	被扶養者が死亡した場合、被保険者が受給できます。