

健康保険 被保険者
家族 埋葬料(費)
支給申請書

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

支給決定印

記入例

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	92	番号	123456	生年月日	昭和 平成	〇〇	年	〇〇	月	03	日	21
	氏名・印	ふりがな あじの はなこ 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 味野 花子 (印)			個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)								
	住所	〒 105-0000 東京 都道府県			港 市(区) 郡			〇〇 1-1 〇〇マンション101 電話 03-xxxx-xxxx					

申請内容	死亡した方の死亡年月日	平成 令和	〇〇	年	〇〇	月	04	日	21	死亡原因	急性心不全			第三者の行為によるものですか	1. はい (2) いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病原因届」を提出してください。		
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき																
申請内容	ご家族の氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄							
	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。 ①資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき 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られたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき										1. はい (2) いいえ						
申請内容	「はい」の場合、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・番号をご記入ください。			保険者名				記号・番号	—								
	●被保険者が死亡したための申請であるとき																
申請内容	被保険者の氏名	味野 太郎			被保険者から見た申請者との身分関係	妻			埋葬した日	平成 令和	〇〇	年	〇〇	月	04	日	25
	埋葬に要した費用の額	504,000 円			請求者指定口座	三菱UFJ 銀行 金庫 信組 農協	広尾 支店			口座番号	普通	0123456	口座名	ケンポ ハナコ			※カタカナで記入してください。
申請内容	亡くなられた方は、退職等により味の素健康保険組合の資格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ヵ月以内に亡くなられたとき 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られたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき										1. はい (2) いいえ						
	「はい」の場合、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・番号をご記入ください。										保険者名				記号・番号	—	
●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											

事業主の証明欄、添付書類につきましては、裏面にあります。

支給印

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(印)

事業主証明欄	死亡した方のの氏名	区 分	死亡年月日					
	味野 太郎	被保険者・被扶養者	平成 令和	年	月	日		
	上記のとおり相違ないことを証明する		○	○	0	4	2	1
	令和 年 月 日							
事業所所在地	東京都中央区京橋○-○-○							
事業所名称	○×株式会社		印					
事業主氏名	○○ ○○							
			電話	()				

埋葬料(費)の支給要件等

■ 添付書類について

亡くなったことが確認できる書類の写し (いずれか1点)	埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書
死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」(K-1-9)
死亡原因の負傷が第三者による場合	「第三者行為による傷病届」
〈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) ・住居が別の場合は、定期的な仕送りの事実がわかる書類の写し
〈埋葬費〉 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	・領収書の原本 (支払った方のフルネーム及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
●事業主の証明を受けられない場合 ●任意継続被保険者(被扶養者)が 亡くなられた場合 (いずれか1点)	・埋葬許可証または火葬許可証の写し、 または死亡診断書、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)謄本(抄本) ・住民票
申請者が未成年の場合や被扶養者 以外の方が申請する場合	「健康保険給付金遺族支給申請書」(K-13)

■ 支給を受ける要件

①埋葬料

- 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が支給されます。

②埋葬費

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には、実際に埋葬を行なった方に、埋葬料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。

※実際に埋葬に要した費用は、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬量、僧侶の謝礼等の実費額です。

■ 資格喪失後の埋葬料

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。

- 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
- 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
- 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

■ 支給日

毎月20日締め切り、翌月25日支払い(在職中は給与に合わせて支給)