健康保険 被保険者 埋葬料（費） 家族 埋葬料（費）付加金 支給申請書

◎記入方法については、裏面の「記入上のご注意」を確認してください。

被保険者が記入するところ

① 記号・番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	フリガナ ③ 昭和・平成　年　月　日
④ 被保険者（申請者）の住所	（〒　-　） TEL　（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
⑤ 事業所の名称	TEL　（　）		
⑥ 死亡した年月日	令和　年　月　日	⑦ 死亡原因	⑧ 仕事中、通勤途中または第三者行為によるものですか　いいえ・はい

●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき

⑨ 被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄	

●被保険者が死亡したための申請であるとき

⑩ 被保険者氏名		被保険者からみた申請者との身分関係			
⑪ 葬儀を行った年月日	令和　年　月　日	⑫ 埋葬に要した費用の額	円		

●以下に該当する場合は記入してください。

⑬ 被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となり、3ヵ月以内に死亡した場合

⑭ 被扶養者が死亡したとき ⇒ 被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、3ヵ月以内に死亡した場合

保険者名	記号・番号	被保険者氏名（世帯主）	被保険者との続柄

●介護保険法のサービスを受けていたとき

市区町村番号	受給者番号	発行機関名

事業主が証明する欄

⑮ 死亡した方の氏名		⑯ 死亡した方	□ 被保険者 □ 被扶養者	⑰ 死亡した年月日	令和　年　月　日 死亡

⑱ 上記のとおり相違ないことを証明する。　証明日 令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　（　）

⑲ 振込希望口座

□ 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。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入してください）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入してください）
〔金融機関コード　〕	〔店番号　〕	□ 普通 □ 当座		※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎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する）場合は、下記の委任状へ記入してください。

⑳ 委任状

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。

※□にチェックを入れてください。

□ 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑲の記入は不要です)

□ その他の受取代理人

被保険者（申請者）住所

氏名

受取代理人情報

代理人住所	（〒　-　）　TEL　（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
代理人氏名	フリガナ

〔備考〕

記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

受付日付印
（健康保険組合使用欄）

記入上のご注意

1．①記号・番号は被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。

2．⑪、⑫は死亡した被保険者により生計維持されていた方がいない場合のみ、必ず記入してください。

3．⑧が「はい」の場合で、傷病の原因が仕事中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。
労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。申請前に当組合求償課までご連絡ください。

4．⑬に該当する場合は、現在加入している保険者名称等をご記入ください。
⑭に該当する場合は、当組合加入以前の保険者名称等をご記入ください。

5．⑲、⑳（振込希望口座等）について

■振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は⑲のみ記入してください。

■給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑳の委任状が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」 のいずれかにチェック☑を入れ、

[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、⑲の記入は不要です。

[その他の受取代理人へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。

・⑲に受取代理人の口座を記入してください。

【添付書類】

<table>
<tr><th>死亡した方</th><th>申請者</th><th colspan="2">添付書類</th></tr>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被扶養者</td><td colspan="2">■埋葬料支給申請書の⑮～⑱の事業主証明
■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し
※上記いずれか1点</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被扶養者以外の家族</td><td colspan="2">■埋葬料支給申請書の⑮～⑱の事業主証明
■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し
※上記いずれか1点　と合わせて、生計維持の有無により以下の書類が必要です。</td></tr>
<tr><td>被保険者により<u>生計維持されていた方(同居)</u></td><td>■申請者の住民票（原本）
■亡くなられた方の住民票の除票（原本）</td></tr>
<tr><td>被扶養者以外の方</td><td>被保険者により<u>生計維持されていた方がいない場合(別居)で</u>、実際に埋葬を行った方が申請される場合</td><td>■埋葬に要した費用の領収書（原本）　※1
■上記費用の明細書（写し）　※2
(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること)</td></tr>
<tr><td>被扶養者</td><td>被保険者</td><td colspan="2">■埋葬料支給申請書の⑮～⑱の事業主証明
■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し
※上記いずれか1点</td></tr>
</table>

※1 領収書は申請者の方のお名前がフルネームで記載されたものを提出してください。

※2 費用の範囲は、葬儀代のほかに霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼代なども含まれます。飲食代や香典返しは含みません。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。
埋葬料（費）の時効の起算日については「死亡日の翌日（ただし、埋葬費については埋葬を行った日の翌日）」となります。

【問合せ先】 給付課TEL 03-5925-5303 / 求償課TEL 03-5925-5326
【送付先】　〒169-8516 新宿区百人町2-27-6