

被保険者または被扶養者が死亡したとき支給されます。

【支給を受ける要件】

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ときは、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、お問い合わせください。

【資格喪失後の埋葬料(費)】

被保険者がその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

※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。

【添付書類】 ※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。）

死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」
死亡原因の負傷が第三者の行為による場合	「第三者行為による傷病届」
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合	事業主による死亡の証明または死亡診断書等のコピー
<埋葬料> 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被扶養者以外の方が申請する場合	●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など
<埋葬費> 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	・領収書の原本 （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
●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）が亡くなった場合	●死亡したことのわかる書類 ・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

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	被保険者がなくなった場合は、申請される方の氏名を記入してください(部署名欄は記入不要) ※生年月日は「被保険者」の生年月日を記入してください。		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5 8 1 1 0 6		
	住所	〒 485 - 0831		<input type="checkbox"/> 平成			
	電話番号 (日中の連絡先)	愛知県小牧市○○○1-○-○ △△マンション○○○号室					
		自宅	0568 (xx) xxxx	携帯	090 (xxxx) xxxx		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先指定口座	金融機関 名称	○○○○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	3 2 1 0 9 8 7
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分
		ケンホ° ハナコ		1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
		住所	TEL	()
		氏名・印	委任者と 代理人との 関係	

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバー記載欄 **記入不要** 必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 平成30年 2月 26日	急性心不全	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」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			
ご家族の	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	被保険者
亡くす	被扶養者がなくなった場合に記入してください。		
① 養			
② 養			
③ 養			
「は	記号・番号を記入してください。		
記号・番号	記号・番号		
●被保険者が死亡したための申請であるとき			
被保険者の	被保険者から見た	埋葬した	
埋葬料	被保険者がなくなった場合に記入してください。		
亡くす			
① 養			
② 養			
③ 養			
「は	記号・番号を記入してください。		
記号・番号	記号・番号		

被保険者がなくなった場合に記入してください。
※被保険者により生計維持された方が申請する場合は「埋葬した年月日」および「埋葬に要した費用の額」は記入不要です。

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した方の	被保険者	被扶養者
上記の	事業主に証明を受けてください。		
事業所			
事業所名称	※証明が受けられない場合は、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。		
事業主氏名	TEL	()	