

# 健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書記入の手引き

被保険者または被扶養者が死亡したとき支給されます。

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

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

以下に当てはまる場合に添付いただくもの

死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」 (※1)	
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」 (※1)	
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	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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など</li> </ul>	
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"> <li>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）</li> <li>埋葬に要した費用の明細書</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業主の証明を受けられない場合</li> <li>●任意継続被保険者（被扶養者）が亡くなった場合 (※2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・埋葬許可証または火葬許可証のコピー</li> <li>・死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー</li> <li>・亡くなった方の戸籍（除籍）謄（抄）本</li> <li>・住民票など</li> </ul>	いずれか1つ

※1 健保の書式が別にありますので、詳しくはタムラ製作所健康保険組合までお問い合わせください。

※2 任意継続被保険者の方が亡くなった場合は、保険証も併せてご返却ください。

任意継続被扶養者の方が亡くなった場合は、保険証の返却と「健康保険被扶養者異動届」をご提出ください。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。）

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43  
TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

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

**1** 記号・番号は被保険者証に記載されています。

**2** 被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)  
※生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

被保険者申請者情報	記号	6 7	番号	1 2 3 4	生年月日	年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6 1 1 0 2 4
	被保険者証の(右づめ)							
振込先指定口座	氏名(自署)	ケンボ ハナコ 健保 花子						
	住所	〒178-1234 東京 練馬区西大泉1-2-3						
受取代理人の欄	電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (0000) ΔΔΔΔ 〇〇〇マンション201						
	金融機関名称	〇〇〇東京 外苑前 (銀行) (金庫) (信託) (出庫所) (本所) (支所) (農協) (協同) (その他)						
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				おつめにご記入ください。
受取代理人の欄	口座名義	ケンボ ハナコ					口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人
	口座名義の区分「2. 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記入ください。							
受取代理人の欄	被保険者(申請者)自署	氏名						住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(事業主)	受取代理人(事業主) 記入欄						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。))								
5	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です						(R2.12) 受付日付印
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄							

- 3** 被保険者が亡くなられての申請の場合、口座名義人の区分を「1. 申請者」を指定し、申請される方の振込先口座をご記入ください。  
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。
- 4** 被扶養者の方が亡くなった場合は、振込先指定口座は記入不要です。口座名義の区分を「2. 代理人」を指定し、受取代理人の欄の被保険者欄に記名ください。

- 5** 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

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 令和 X 年 11 月 14 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備前届」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		
	ご家族の氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
亡くなった家族は、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。			
<input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなったとき <input type="checkbox"/> 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ったとき <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなったとき			
「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。			
●被保険者が死亡したための申請であるとき			
被保険者の氏名	健保 太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻
埋葬に要した費用の額	⑨	法定第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整済額)	埋葬した年月日 令和 8 年 月 日
亡くなった方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の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。			
<input type="checkbox"/> ①資格喪失後、3か月以内に亡くなったとき <input type="checkbox"/> 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ったとき <input type="checkbox"/> ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなったとき			
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として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。			
●介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号		被保険者番号	保険者名称
氏名		被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の 健保 太郎		被保険者 (被扶養者)	令和 X 年 11 月 14 日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 X 年 12 月 10 日			
事業所所在地	東京都練馬区東大泉1-19-43		
事業所名称	株式会社 タムラ製作所〇△		
事業主氏名	代表取締役	〇〇 ▼▼	TEL 03 (〇〇〇) △△△

タムラ製作所健康保険組合

2/2

記入漏れや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

6 7

被扶養者が亡くなった場合は⑥にご記入ください。  
被保険者が亡くなった場合は⑦にご記入ください。

8 9

被保険者により生計維持された方が申請する場合(埋葬料の場合)は、記入は不要です。  
それ以外の方で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、必ずご記入ください。

10

事業主に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。

【事業主の方へ】  
事業主証明欄を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

# 埋葬料(費)支給要件の概要

## 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、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等の実費額です。

亡くなった方	支給対象(申請者)	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。