

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）申請書

注1) 記入漏れや不備があった場合は支給決定いたしませんのでご注意ください
注2) 記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

被 保 険 者 欄	健康保険 被保険者証	記号	番号	所属事業所 及び部署名			
	申請者氏名	フリガナ		申請者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		携帯電話番号 自宅電話番号			
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因			第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ	
	●家族（被扶養者）が死亡したための申請の場合						
	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
	●本人（被保険者）が死亡したための申請の場合						
	被保険者氏名			被保険者からみた 申請者との関係			
	埋葬した年月日			埋葬に要した費用			円
	死亡した者の氏名			死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡 年月日	令和 年 月 日
事 業 所 欄	上のとおり相違ないことを証明します。					令和 年 月 日	
	住 所						
	事業主 氏 名						
電 話							
受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					令和 年 月 日	
	被保険者（請求者） 氏 名 住所 〒 -						
事 業 所 欄	代理人 氏 名					被保険者と 事業主との関係	
	住所 〒 -					電話番号	

被保険者以外が埋葬料（費）を受け取る場合のみ振込先指定口座をご記入ください

振 込 先 口 座	金融機関名称	銀 行		本店
		信用金庫		支店
預金種別	普通 その他() 当座	口座番号		口座名義 (カタカナ)

添付書類等の注意は裏面をご覧ください

健保受付日付印

注意事項

【添付書類】

	死亡した方	申請者	提出書類
埋葬料	被保険者	被扶養者	添付していただく書類はありませんので、事業主証明済みの埋葬料（費）申請書のみご提出ください。
	被扶養者	被保険者	
埋葬費①	被保険者	被扶養者以外の家族 注1)	①事業主証明済みの埋葬料（費）申請書 ②亡くなられた方の戸籍（除籍）謄本 ③住民票など、申請者と亡くなられた方との関係性がわかる書類 ④埋葬に要した費用の領収証原本（フルネーム記載のもの） ⑤念書
埋葬費②	被保険者	ご家族や身近な人が全くない場合で、実際に埋葬を行った方が申請するとき	①事業主証明済みの埋葬料（費）申請書 ②埋葬に要した費用の領収証原本（フルネーム記載のもの） ③費用の内訳として品名・数量・単価及び金額が明記された写し ④念書

注1) 被扶養者以外の家族の例：父・母・子・兄弟・姉妹・孫・祖父母（二親等以内の親族）

- 任意継続被保険者の場合は事業所の証明を受けることができないので、添付書類が必要です。別途お問い合わせください。
- 請求内容により上記以外の添付書類をお願いする場合がありますのでご承知おきください。

【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に「埋葬料」が支給されます。また、被扶養者が亡くなった場合は、「家族埋葬料」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。

【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、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼などの実費額です。

内田洋行健康保険組合 御中

念 書

私、_____は、内田洋行健康保険組合（以下健保組合という）の

被保険者であった_____（被保険者番号 _____）が

健保組合より受け取るべき保険料にかかる還付金及び保険給付金等に関し、被保険者本人が

令和 ____年 ____月 ____日に死亡したため、全相続人の了解の下、受領いたします。

尚、このことにより紛争が生じましても貴健保組合には一切のご迷惑をお掛けいたしません。

令和 ____年 ____月 ____日

住所 _____

氏名 _____

被保険者本人との続柄 _____