【2024年12月改訂】

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2

被保険者記入用

常務理事	事務長	担当者
	記入例	

【提出先】 被保険者の勤務先
（任意継続被保険者・資格喪失後の方は健康保険組合）

被保険者情報

被保険者等	記号 1234	番号 5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所	
氏名	健保　太朗		生年月日	1985 年 12 月 1 日	
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6				
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678				
☐ 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

☐ 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）
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。

金融機関名称	○○○ 銀行	○○○ 支店		
預金種別	☑ 普通 ☐ 当座	口座番号	1 1 2 3 7 5 7	右づめでご記入ください
口座名義	ケンポ　メグミ			カタカナでご記入ください
口座名義の区分	☐ 1. 被保険者（被扶養者が亡くなられた時）	☑ 2. 被扶養者（被保険者が亡くなられた時）		

「2」の場合、下記に記入

受取代理人の欄

氏名	（フリガナ） ケンポ　メグミ 健保　恵	被保険者と代理人との関係
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6	妻
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678	

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます ＞＞＞

健保使用欄

資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	支給額	円	
支給内訳 埋葬料	円	埋葬料付加金	円	
支給内訳 埋葬費	円	埋葬費付加金	円	

受付印

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・事業主記入用

被保険者氏名
健保　太朗

申請内容

死亡年月日	2024 年 11 月 27 日	死亡原因	急性心不全	
第三者の行為によるものですか？	☐ はい　☑ いいえ	「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」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

ご家族の氏名		生年月日	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		☐ はい　☐ 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		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

被保険者の氏名	健保　太朗	被保険者からみた申請者との身分関係	妻	埋葬した年月日	2024 年 11 月 30 日
埋葬に要した費用の額	55,380 円	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額（調整減額）			円
亡くなられた方は、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？ 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		☐ はい　☑ いいえ			
「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		保険者名			
		記号・番号			

事業主証明欄

死亡した方の氏名	健保　太朗	☑ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡年月日	2024 年 11 月 27 日 死亡

上記のとおり相違ないことを証明します。　2024 年 12 月 23 日

事業所所在地　〇〇県〇〇市〇〇町１－２－３

事業所名称　〇〇〇〇株式会社

事業主氏名　代表取締役社長　〇〇　〇〇

TEL　012　（　345　）　6789