

健康保険 被保険者家族 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に支給されます。

記入例

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ページ

保険証に記載されている「記号」、「番号」をご記入ください。

＜被保険者が亡くなった場合＞
申請者の氏名、住所、電話番号をご記入ください。
＜被扶養者が亡くなった場合＞
被保険者の氏名、住所、電話番号をご記入ください。

＜被保険者が亡くなった場合＞
申請者の振込先口座をご記入ください。
＜被扶養者が亡くなった場合＞
被保険者の振込先口座をご記入ください。

※ 被保険者(又は申請者)以外の方の口座をご指定の場合「2」を記入し、下段の受取代理人欄をご記入ください。

被保険者の生年月日をご記入ください。

健康保険 被保険者家族 埋葬料(費) 支給申請書		1	2	ページ
▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。 ※被保険者記入用				
被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	00-▲▲▲▲▲▲▲▲	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)	印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -) 都道府県	電話番号(日中の連絡先)	()
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 代理店 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号	
	口座名義	▼カタカナで記入下さい。姓と名の間は1マス空けて、濁点(・)半濁点(゜)は1字として記入下さい。	口座名義の区分	1.被保険者(申請者) 2.代理人
▼口座名義の区分が「2.代理人」の場合は必ず受取代理人欄に記入・押印下さい。(押印省略不可)				
受取代理人欄	被保険者	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。 令和 年 月 日	氏名・印	住所「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所	被保険者との関係
	氏名・印	(フリガナ)	印	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄		受付日付印		
常務理事	事務長			

交通事故など、第三者の行為による場合には、「はい」に✓を入れ、「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

被保険者の氏名をご記入ください。

死亡年月日、死亡原因をご記入ください。

被扶養者が亡くなった場合にご記入ください。

被保険者が亡くなった場合にご記入ください。

被保険者によって生計を維持されていた方(被扶養者含む)が申請する場合は記入不要です。

事業主証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことがわかる書類の添付が必要です。(任意継続の方は、事業主証明でなく、死亡したことがわかる書類を添付してください。下記「添付書類」参照。)

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者氏名 ※被保険者・事業主記入用

申請内容

死亡年月日 年 月 日

死亡原因

死亡した方の 平成 令和

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、退職などにより健康組合などが運営する健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき 1.はい 2.いいえ

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か月以内に亡くなられたとき

「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。

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 被保険者からみた申請者との身分関係

埋葬した年月日 年 月 日

埋葬に要した費用の額 円

亡くなられた方は、退職などによるリゾートトラスト健康組合の資格喪失後、家族の被扶養者となった方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき 1.はい 2.いいえ

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か月以内に亡くなられたとき

「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。

保険者名

記号・番号

事業主証明欄

氏名 被保険者・被扶養者の別 被保険者 被扶養者

死亡年月日 年 月 日

死亡した方の 平成 令和

上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名 印 TEL ()

添付書類

○…提出必要
△…場合によって、提出が必要
×…不要

亡くなられた方	申請者	添付書類				
		下記のいずれか1つ ・死亡診断書 ・埋葬許可証 ・火葬証明書 ・住民票 ・亡くなられた方の戸籍(除籍)謄(抄)本	住民票 または、 仕送証明(通帳) 等のコピーの いずれか	埋葬費用領収証(原本)と 明細書のコピー	被扶養者 異動届	
本人(被保険者)	被扶養者	△(※1)	×	×	/	
	被扶養者以外の生計維持関係があった方	△(※1)	○(※2)	×	/	
	その他の方	△(※1)	×	○(※3)	/	
家族(被扶養者)	本人(被保険者)	○	×	×	○	
任意継続の方(※4)	本人(被保険者)	被扶養者	○	×	/	
		被扶養者以外の生計維持関係があった方	○	×	/	
		その他の方	○	×	○(※3)	/
	家族(被扶養者)	本人(被保険者)	○	×	×	○

(※1) 申請書の事業主証明が受けられない場合のみ、ご提出下さい。(事業主証明を受ける際に、事業主に提出する必要がある場合があります。)

(※2) 同居の場合、住民票のみ(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)。
別居の場合、定期的な仕送りの事実がわかる預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証など。(別居の場合、住民票は不要。)

(※3) 埋葬費用を支払った方のフルネームが記載されている領収証(原本)及び埋葬に要した費用の明細書(コピー)。

(※4) 任意継続被保険者の方が亡くなられた場合は、保険証もあわせてご返却下さい。
任意継続被扶養者の方が亡くなられた場合は、別途「健康保険被扶養者(異動)届」(当健康組合HPから出力できます。)も保険証添付のうえ、ご提出下さい。

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なくなった場合、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。

※「埋葬料」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、霊前供養物、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不明な点がございましたら、当組合にお問い合わせください。

亡くなった方	支給対象となる方	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ヶ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ヶ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。