

# 埋葬料(費)支給申請の手引き

## 1. 記入上の注意事項

- (1) ①は被保険者証に記載されています。
- (2) ②③の欄は、被扶養者(家族)が亡くなられた場合は被保険者(本人)の氏名、生年月日を記入してください。また、被保険者が亡くなられた場合は、申請者の氏名と生年月日を記入してください。  
※被保険者が亡くなられた場合、被保険者により生計を維持されていた方に、定額の「埋葬料」が支払われますが、埋葬料を受け取る方がいらっしゃらない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料の金額を上限とし実際に埋葬に要した費用に対する「埋葬費」が支給されます。
- (3) ④の欄は、勤務している(いた)事業所(会社名)を記入してください。
- (4) ⑥の欄で、死亡の原因が他人の行為によるもの場合、別途『第三者行為による傷病届』の提出が必要です。また、被保険者が業務によるものが原因で亡くなられた場合、埋葬料(費)は支給されません。
- (5) ⑦の欄は、被扶養者が亡くなられた場合に記入してください。(⑧の記入は不要)
- (6) ⑧の欄は、被保険者が亡くなられた場合に記入してください。(⑦の記入は不要)  
[埋葬した年月日] …… 葬儀を行った日  
[埋葬に要した費用の額] …… 葬壇一式料、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶への謝礼等(飲食代、香典返しは含みません)
- (7) ⑨の質問Ⅰ,Ⅱのいずれかで「はい」を選択した場合、Ⅲの記入が必要です。また、Ⅲで記入した保険者(健康保険組合等)より埋葬料を受け取られる場合、当健康保険組合からは受け取ることができません。
- (8) 在職中の被保険者の方(任意継続被保険者を除く)が申請される場合、給付金は、原則、事業所経由でお支払いいたしますので、『⑩委任欄』に署名してください。  
被保険者以外の申請の場合や任意継続被保険者の方、すでに資格を喪失された方が申請される場合等は、振込先口座を記入してください。ただし、振込先は申請者の口座に限ります。
- (9) 健康保険証の記号番号ではなく、個人番号により申請をされたい場合は⑬備考欄に個人番号を記入してください。なおその場合、個人番号確認及び本人確認や委任状等が必要になりますので、事前に当健康保険組合までご連絡ください。  
※被保険者以外の申請の場合でも、記入できる個人番号は被保険者の個人番号のみです。
- (10) 『事業主証明欄』は、被保険者が亡くなられた場合に事業主が証明することにより、添付書類が省略できます。

## 2. 添付書類

<b>全員必須</b> ※被保険者が亡くなられた場合で、その旨を事業主が証明している場合を除く		死亡を証明する書類をいずれかひとつ ・埋葬許可証または火葬許可証(写) ・死亡診断書、死体検案書、検視調書等(写)
該当する場合に追加していただく書類	<埋葬料> 被保険者が亡くなり、この被保険者により生計を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) ・住居が別の場合は送金が証明できる書類
	<埋葬費> 被保険者が亡くなり、被保険者により生計を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(原本) ※領収書の氏名はフルネーム(申請者と同一に限る) ・埋葬に要した費用の明細書(写)
	死亡の原因が他人の行為によるもの場合	第三者行為による傷病届

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

申請日：令和 年 月 日

被 保 険 者	① 健康保険証		② 被保険者(申請者)の氏名			③被保険者(申請者)の生年月日			④ 被保険者の事業所名称				
	記号	番号	(フリガナ)			昭和	年	月	日				
⑤ 被保険者の (申請者) 住所		〒 _____ 日中連絡が取れる電話 ( ) _____											
保 険 者	⑥ 死亡した方の		死亡 年月日	平成 令和	年	月	日	死亡 原因	他人の行為 又は業務に よるものですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	⑦ 被扶養者が 死亡したための 請求であるとき		被扶養者 氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄	
者	⑧ 被保険者が 死亡したため の請求であるとき		被保険者 氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	申請者 との続柄	
			埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用の額			円		
申 請 者	I. ADEKA健康保険組合の被保険者資格喪失後に、家族の被扶養者となった方 以下の①～③のいずれかに該当しますか → <input type="checkbox"/> はい [ _____ に該当] <input type="checkbox"/> いいえ												
	II. 退職等による健康保険の被保険者資格喪失後に当健康保険組合の扶養認定を受けた方 以下の①～③のいずれかに該当しますか → <input type="checkbox"/> はい [ _____ に該当] <input type="checkbox"/> いいえ												
	① 前の健康保険の資格喪失後、3ヶ月以内に死亡したとき ② 前の健康保険の資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に死亡したとき ③ 前の健康保険の資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に死亡したとき												
入 記 欄	III. Iで『はい』と回答された場合は被扶養者として加入していた保険者、IIで『はい』と回答された場合は当健保の扶養認定前に加入していた保険者の「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						
入 記 欄	⑩ 介護保険法のサービスを受けていた時		保険者番号			被保険者番号			保険者名称				
	⑪ 委任欄 本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 被保険者氏名 _____												
入 記 欄	⑫ 任意継続被保険者および退職・休職等により事業所経由で給付金を受け取ることができない方は、被保険者名義の振込口座をご指定下さい。 また、被保険者が死亡したための請求のときは、申請者名義の振込口座をご指定下さい。												
	金融機関名						支店名						種別
口座番号					口座名義 (カタカナ)						⑬備考欄		

事 業 主 証 明 欄	氏名										
	死亡した方の	生年月日	昭和	平成	年	月	日				
	死亡年月日	令和	年	月	日						
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日											
所在地											
事業所名											
事業主氏名											

健 保 受 付 印