

## 埋葬料(費)支給申請書の提出について

- ・加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。
- ・申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。
- ・証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記して翻訳文を添付してください。  
(翻訳費用は自己負担です)

### 添付書類

**必須書類：死亡したことを証明する書類（死亡診断書、埋葬許可証または火葬許可証の写しなど）**

※本人在職中に限り、事業主の死亡証明（申請書2ページ目に記載）でも可

#### その他の添付書類

|                                                           |                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■被保険者（被扶養者）が亡くなり、<br>被扶養者（被保険者）が申請する場合                    | 必須書類のみ                                                                                                                                                                 |
| ■被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者<br>により生計維持されていた方が申請する場合            | <b>①生計維持に関する証明（申請書2ページ目に記載）</b><br>証明が受けられない場合は以下の書類<br>・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）<br>・住居別の場合、定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳、<br>現金書留の写し、被保険者が申請者の公共料金等を支払った<br>ことがわかる領収書の写しなど |
| ■被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持<br>されていない場合で、実際に埋葬を行った方が<br>申請する場合 | <b>①領収書</b><br>支払った方の氏名、埋葬に要した費用額が記載されているもの<br><b>②埋葬に要した費用の明細書（費用の内訳がわかるもの）</b>                                                                                       |

## 記入例 埋葬料(費)支給申請書

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1

「資格確認のお知らせ」等に  
記載されている記号と番号  
をご記入ください。

2

申請者の氏名と住所をご記入  
ください。

3

「振込先指定口座」または  
「受取代理人の欄」どちらかを  
ご記入ください。

| 健康保険被保険者 埋葬料(費) 支給申請書                                                                                                        |                                                                                                                 |                 |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 支給決定                                                                                                                         | 月 日                                                                                                             |                 |                       |
| 支給内訳                                                                                                                         | 健保使用欄は記入不要です                                                                                                    |                 |                       |
| 資格取得                                                                                                                         | 月 日                                                                                                             |                 |                       |
| 被保険者<br>(右づめ)                                                                                                                | 記号<br>5 6 1                                                                                                     | 番号<br>0 0 0 0 0 | 生年月日<br>昭和55年5月2日     |
| 申請者氏名<br>(フリガナ)                                                                                                              | ケンボ タロウ 健保 太郎 ユニプレス(株)                                                                                          |                 |                       |
| 住所                                                                                                                           | (〒 000 - 0000) 〇〇 市 〇〇 町 〇-〇                                                                                    |                 |                       |
| 電話番号<br>(日中の通話先)                                                                                                             | TEL 080 ( 0000 ) 0000                                                                                           |                 |                       |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は〇)                                                                        |                                                                                                                 |                 |                       |
| 3 「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。                                                                                     |                                                                                                                 |                 |                       |
| <input type="checkbox"/> マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は〇 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。                                                                    |                                                                                                                 |                 |                       |
| 口座名義                                                                                                                         | 金融機関<br>名称                                                                                                      | 〇〇 〇〇 〇〇        | 〇〇 〇〇 〇〇              |
| 預金種別                                                                                                                         | 1. 普通 2. 当座                                                                                                     | 口座番号            | 0 0 0 0 0 0 0 0 〇〇 〇〇 |
| 左づめでご記入ください。                                                                                                                 |                                                                                                                 |                 |                       |
| 受取代理人の欄                                                                                                                      | 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 5 年 12 月 12 日<br>氏名 健保 太郎 住所 「被保険者(申請書)情報」の住所と同じ<br>代理人の事業所(工場)又は住所<br>代理人の氏名 |                 |                       |
| ・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください<br>・被保険者の個人番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください<br>・マイナンバーが記載された場合は、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 |                                                                                                                 |                 |                       |
| 備考                                                                                                                           |                                                                                                                 |                 |                       |
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄                                                                                                        |                                                                                                                 |                 |                       |
| ユニプレス健康保険組合                                                                                                                  |                                                                                                                 |                 |                       |
| 202310改定                                                                                                                     |                                                                                                                 |                 |                       |
| 受付日付印                                                                                                                        |                                                                                                                 |                 |                       |
| 1/2                                                                                                                          |                                                                                                                 |                 |                       |

4

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にマイナンバーをご記入ください。  
マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ①身元確認を行うための書類(いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(表面)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し  
その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②番号確認を行うための書類(いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(裏面)の写し、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

5

被保険者が亡くなり、生計維持関係にない方が申請する際は必ずご記入ください

6

第三者行為（交通事故等）による傷病については、別途届出が必要です。

#### 業務中（通勤途中）に亡くられた場合

■労災保険からの給付が原則  
 工作中（通勤途中）の病気やケガが原因で亡くられた場合については、原則労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外となります。

## 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 | 令和 5 年 10 月 22 日       | 死亡原因     | 癌                                                                                                              |
|                                                                                                                 | 埋葬年月日 | 令和 5 年 10 月 30 日       | 埋葬費      | 500000円                                                                                                        |
| 死亡の原因は<br>第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ （「はい」の場合は別途届出が必要です。） |       |                        |          |                                                                                                                |
| ●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                                                                                                          |       | 健保 花子                  | 生年月日     | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 25 年 1 月 5 日<br><input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
|                                                                                                                 |       |                        | 被保険者との続柄 | 母                                                                                                              |
| ●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                                                                                                         |       | 被保険者との続柄 <sup>※1</sup> |          |                                                                                                                |

※1.「被保険者埋葬料」の申請者が被保険者の配偶者であり、健康保険上の被扶養者ではないが故人によって、生計を維持していた場合に、第三者（民生委員、町内会長、事業主、社会保険委員など）から、「生計維持に関する証明」を受けてください。

7

|               |                    |               |             |
|---------------|--------------------|---------------|-------------|
| 事業主証明欄        | 氏名                 | 被保険者・被扶養者の別   | 死亡年月日       |
|               | 死亡した方の             | （被保険者） （被扶養者） | 令和 年 月 日 死亡 |
|               | 上記のとおり相違ないことを証明する。 |               |             |
|               | 令和 年 月 日           |               |             |
| 事業所所在地        |                    |               |             |
| 事業所名称         |                    |               |             |
| 事業主氏名 TEL ( ) |                    |               |             |

8

|            |                                                                           |         |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 生計維持に関する証明 | この埋葬料の請求者（氏名） _____ は、亡被保険者とは※1に記載の身分関係に相違なく、かつ、その者によって生計を維持していたことを証明します。 |         |  |
|            | 令和 年 月 日                                                                  |         |  |
|            | 証明者 住所 職氏名                                                                | TEL ( ) |  |

7

被保険者が在職中の場合に限り、死亡したことを証明する書類に代わり、事業主の証明でも代用可能です。

8

※1について該当する場合、第三者から生計維持に関する証明を受けてください。  
 証明が受けられない場合は、別途書類を添付してください。（添付書類参考）