

埋葬料（費）支給申請書 記入例

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- ②③ 給付金の振込先は、被保険者（申請者）口座または被保険者の勤務先のいずれかになります。
被保険者（申請者）口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**（銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの）を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者（申請者）と受任者がそれぞれご記入ください。
- ④ 死亡原因がケガ（骨折・捻挫・打撲・火傷等）または外傷が原因の傷病の場合は、別途「**負傷原因届**」を添付してください。（組合ホームページ申請書一覧：給-16）
- ⑤ 「はい」と答えた場合は、別途「**第三者行為による傷病届**」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合にお問い合わせください。
- ⑥ 申請に不備等があった際の健保組合からの問合せについて、事業所担当者経由で行う場合は「同意欄」に氏名をご記入ください。記入がない場合は、「被保険者（申請者）情報」に記載された連絡先へご連絡いたします。

* 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。
* 消せるボールペンは使用しないでください。 * 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

添付書類1（共通）

「事業主証明欄」に証明がない場合	亡くなったことを証明する書類を添付してください。 〔 死亡診断書・死体検案書・埋葬許可証または火葬許可証 のいずれかの写し〕
------------------	--

添付書類2

埋葬料（家族埋葬料） 被保険者（被扶養者）が亡くなり、 被扶養者（被保険者）が申請する場合	添付書類なし
埋葬料 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合	生計維持を確認できる書類 同居の場合：住民票（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のわかる預貯金通帳または、 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書の写し など
埋葬費 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がおらず、実際に埋葬（葬儀）を行った方が申請する場合	領収書の原本及び費用の明細書 支払った方（申請者）のフルネーム及び費用の詳細が記載されているもの

健康保険 被保険者 家 族		埋葬料（費）支給申請書	
被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	① 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称 △△ガラス株式会社
	氏 名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 平成 3 年 5 月 1 日
	住 所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区×× 1-2-3 □□マンション457	電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 5678
			提出委任 ☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

▶ 被保険者が亡くなった場合であっても、「被保険者等記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
▶ 「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

※ 給付金の振込先は、被保険者（申請者）口座または被保険者の勤務先のいずれかになります。
被保険者（申請者）口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者（申請者）と受任者がそれぞれご記入ください。

② 振込先	金融機関名称	〇〇〇 銀行・金庫・信組 △△△ 支店・本店・出張所 ケンポ ハナコ	預金種別 普通 当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)		口座番号 12345678

③ 委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。 令和 年 月 日
	氏 名	
	受任者 (事業主)	住 所 事業所名 氏 名

申 請 内 容	死亡年月日 令和 7 年 4 月 3 日	④ 死亡原因 心筋梗塞	⑤ 第三者行為に よるものですか はい ☒ いいえ
	亡くなった方	☒ 被保険者 ▶ ①へ ☐ 家族(被扶養者) ▶ ②へ	
	① 被保険者	被保険者からみた 申請者との身分関係 妻 葬祭した 年月日 令和 7 年 4 月 5 日 葬祭に要した 費用の額 70 万円	

事 業 主 証 明 欄	亡くなった方 の氏名 健保 太郎	☒ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡年月日 令和 7 年 4 月 3 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 7 年 4 月 8 日
	所在地 東京都〇〇区××5-6-7		
	事業所名称 △△ガラス株式会社		

※ 事業主の証明を受けられない場合は、亡くなったことを証明する書類(死亡診断書・死体検案書・埋葬許可証または火葬許可証)のいずれかの写しを添付してください。

⑥ 同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。
	被保険者(申請者)氏名 健保 花子

※ 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。