

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金 支給申請書

|  |                         |                 |                              |  |                      |
|--|-------------------------|-----------------|------------------------------|--|----------------------|
| 被保険者(申請者)情報  | 記号                      | 番号              | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください |  |                      |
|  | 被保険者等<br>記号・番号<br>(右づめ) | 660             | 50000                        |  |                      |
|  | 氏名                      | (フリガナ) ミエ カズコ   | 生年月日                         | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日<br>3 5 1 2 2 5 |
|  | 住所                      | (〒 555 - 8888 ) | 三重 都 道 府 県                   | 津市緑山25-7   |                      |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)   | TEL 000 ( 1234 ) 7777   |                 |                              |  |                      |
| <input checked="" 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☑) |                         |                 |                              |  |                      |

|                |  |    |                              |                       |  |
|----------------|--|----|------------------------------|-----------------------|--|
| 振込先指定口座        | ☐ 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。)                        |    |                              |                       |  |
|                | 金融機関<br>名称   | 津西 | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他 ( ) | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |  |
|                | 預金種別   | 普通 | 口座番号<br>(右づめ)                | 88888888              |  |
| 口座名義<br>(カタカナ) | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(ゝ)は1字としてご記入ください。<br>ミエ カズコ |    |                              |                       |  |

被保険者 : 三重 太郎  
被扶養者 : 三重 和子

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

例1) 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合

被保険者(申請者)・事業主記入用

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金 支給申請書

被保険者(申請者)氏名 **三重 和子**

|   |   |                          |   |
|---|---|--------------------------|---|
| 申請内容  | 死亡年月日   | 死亡原因                     | 第三者の行為によるものですか  |
|   | 死亡した方の 令和 7 年 11 月 14 日   | <b>急性心不全</b>             | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」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  | 被保険者との続柄                 |   |
|   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |                          |   |
| 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か月以内に亡くなられたとき   |   | <input type="checkbox"/> | 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                  |   |
| <b>三重 太郎</b>  | <b>妻</b>  | 令和 7 年 11 月 17 日         |   |
| 埋葬に要した費用の額  | 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)  |                          |   |
| <b>950000</b> 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か月以内に亡くなられたとき   |   | <input type="checkbox"/> | 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   | 死亡年月日               |
|        | 死亡した方の <b>三重 太郎</b> | <b>被保険者</b> <input type="checkbox"/> <b>被扶養者</b> <input type="checkbox"/> | 令和 7 年 11 月 14 日 死亡 |
|        | 上記のとおり相違ないことを証明する。  |   | 令和 7 年 11 月 28 日    |
|        | 事業所所在地              |   |                     |
|        | <b>津市〇〇町1-1</b>     |   |                     |
| 事業所名称  | <b>〇〇農業協同組合</b>     |   |                     |
| 事業主氏名  | <b>〇〇〇〇〇</b>        | TEL <b>059 ( 222 ) 5555</b>   |                     |

- 被保険者埋葬料(費)の申請のときは「被保険者資格喪失届」を、家族埋葬料の申請のときは「被扶養者(新規・異動)届」も提出のこと。
- 退職者の場合は、埋火葬許可証(写)か死亡診断書(写)を添付のこと。
- 同居家族以外の者が葬儀を行い、申請する場合(埋葬費)は、埋葬に要した詳細な「領収書」を添付のこと。
- 申請者が被扶養者以外の同居者の場合は、「住民票」を添付のこと。

## 健康保険 被保険者家族 埋葬料(費)・付加金 支給申請書

|  |                         |               |          |  |                              |   |   |   |   |
|--|-------------------------|---------------|----------|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 被保険者(申請者)情報  | 記号                      | 660           | 番号       | 50000  | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください |   |   |   |   |
|  | 被保険者等<br>記号・番号<br>(右づめ) |               |          |  |                              |   |   |   |   |
|  | 氏名                      | (フリガナ) ミエ タロウ | 生年月日     | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年                            | 月 | 日 |   |   |
|  |                         | 三重 太郎         |          |  | 3                            | 5 | 1 | 2 | 2 |
| 住所   | (〒 555 - 8888 )         | 三重 都道府県       | 津市緑山25-7 |  |                              |   |   |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)   | TEL 000 ( 1234 ) 7777   |               |          |  |                              |   |   |   |   |
| <input checked="" 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☑) |                         |               |          |  |                              |   |   |   |   |

|                |  |               |         |    |     |    |    |  |
|----------------|--|---------------|---------|----|-----|----|----|--|
| 振込先指定口座        | ☐ 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。)              |               |         |    |     |    |    |  |
|                | 金融機関<br>名称   | 津西            | 銀行      | 金庫 | 信組  | 本店 | 支店 |  |
|                |  |               | 農協      | 漁協 | 出張所 | 本所 | 支所 |  |
| 預金種別           | 普通   | 口座番号<br>(右づめ) | 7777777 |    |     |    |    |  |
| 口座名義<br>(カタカナ) | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 |               |         |    |     |    |    |  |
|                | ミエ タロウ   |               |         |    |     |    |    |  |

被保険者 : 三重 太郎  
被扶養者 : 三重 和子

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

例2) 被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合

被保険者(申請者)・事業主記入用

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金 支給申請書

被保険者(申請者)氏名 **三重 太郎**

|  |                                  |  |   |
|--|----------------------------------|--|---|
| 申請内容   | 死亡年月日                            | 死亡原因   | 第三者の行為によるものですか  |
|  | 死亡した方の 令和 7 年 11 月 14 日          | <b>急性心不全</b>   | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」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   | <b>三重 和子</b>                     | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 36 年 5 月 1 日 | 被保険者との続柄 <b>妻</b>   |
| 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。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>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<br>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        |                                  | <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. 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  | 令和 年 月 日  |
| 埋葬に要した費用の額   | 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) |  |   |
| 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。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>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<br>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 |                                  | <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 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  | 死亡年月日                       |
|        | 死亡した方の <b>三重 和子</b> | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 | 令和 7 年 11 月 14 日 死亡         |
|        | 上記のとおり相違ないことを証明する。  |  | 令和 7 年 11 月 28 日            |
|        | 事業所所在地              | <b>津市〇〇町1-1</b>  |                             |
| 事業所名称  | <b>〇〇農業協同組合</b>     |  |                             |
| 事業主氏名  | <b>〇〇〇〇〇</b>        |  | TEL <b>059 ( 222 ) 5555</b> |

- 被保険者埋葬料(費)の申請のときは「被保険者資格喪失届」を、家族埋葬料の申請のときは「被扶養者(新規・異動)届」も提出のこと。
- 退職者の場合は、埋火葬許可証(写)か死亡診断書(写)を添付のこと。
- 同居家族以外の者が葬儀を行い、申請する場合(埋葬費)は、埋葬に要した詳細な「領収書」を添付のこと。
- 申請者が被扶養者以外の同居者の場合は、「住民票」を添付のこと。