

# 埋葬料（費）請求の手引き

## 申請の条件

被保険者が亡くなったとき： 健康保険上の扶養家族、又は生計維持関係にあった人に『埋葬料』が支給されます。また、そういった人がいない場合には実際に埋葬（葬儀）を行った人に『埋葬費』が支給されます。

被扶養者が亡くなったとき： 被保険者に『家族埋葬料』が支給されます。

## 支給額

- ①埋葬料 法定給付5万円＋付加給付5万円
- ②埋葬費 法定給付5万円＋付加給付5万円を給付の上限とし、埋葬に要した費用を給付
- ③家族埋葬料 法定給付5万円＋付加給付1万円  
※ただし、付加給付は制限有り

## 添付書類

- ①埋葬料  
【健康保険上の被扶養者が請求】 埋葬料（費）・付加金請求書＋死亡診断書  
【被扶養者以外で生計維持関係にあった人が請求】  
埋葬料（費）・付加金請求書＋死亡診断書＋（被保険者と請求者の）住民票
- ②埋葬費 埋葬料（費）・付加金請求書＋死亡診断書＋葬儀費用の領収書  
※葬儀費用の領収書の宛名はフルネームで請求者と一致していること
- ③家族埋葬料 埋葬料（費）・付加金請求書＋死亡診断書

いつまでに（請求権の時効は2年）

すみやかに

どこへ

各事業所及び店所

## 記入上の注意

（被保険者又は請求者記入欄）

### 被扶養者死亡の場合

- ① いずれか該当に○を
- ② 記号
- ③ 番号
- ④ 被保険者氏名・捺印
- ⑤ 生年月日
- ⑥ 事業所名
- ⑦ 事業所コード
- ⑧ 死亡年月日
- ⑨ 死亡原因（詳しく）
- ⑩ ・ 被扶養者氏名  
・ 被保険者との続柄  
・ 被扶養者の生年月日  
・ 埋葬した年月日
- ⑬ 委任状

### 被保険者死亡の場合

- ① いずれか該当に○を
- ② 記号
- ③ 番号
- ④ 被保険者氏名
- ⑤ 生年月日
- ⑥ 事業所名
- ⑦ 事業所コード
- ⑧ 死亡年月日
- ⑨ 死亡原因（詳しく）
- ⑩ ・ 請求者名・捺印  
・ 請求者の続柄  
・ 埋葬に要した費用  
・ 埋葬した年月日  
・ 請求者の、〒、住所、TEL
- ⑫ 退職後の方、及び被保険者死亡の場合の請求者の方の振込先口座  
（振込銀行、口座番号、口座名義、フリガナ）
- ⑬ （関連会社にお勤めの方のみ）委任状

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受 付		決 裁		支 払		常 務 理 事	事 務 長	会 計	課 長	担 当	健 保 No
	支 給 決 議	支 給 額				取 得 年 月 日	・		・		続 柄	
		支 払 内 訳	法 定			喪 失 年 月 日	・		・		備 考	
			付 加			死 亡 年 月 日	・		・			
		合 計				標 準 報 酬 月 額			千 円			
			埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額			円						

① 該当に○を

健康保険

被保険者

被扶養者

埋葬料(費)

埋葬料(費)付加金

請求書

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 ( 又 は 請 求 者 ) 記 入 欄	② 記号	③ 番号	④ 被保険者氏名	印	⑤ 生年月日	
	⑥ 事業所名	TEL			⑦ 事業所コード	-
	⑧ 死亡年月日	平成 年 月 日	第三者の行為によるものですか		はい	いいえ
	⑨ 死亡原因					
	⑩ 被扶養者死亡の場合	氏名			被保険者との続柄	
		生年月日			埋葬した年月日	
	⑪ 被保険者死亡の場合	請求者名			印	請求者の続柄
		埋葬に要した費用			円	埋葬した年月日
		請求者 〒	住所 TEL			
	⑫ 退職後の方 及び 被保険者死亡の場合は請求者の振込先記入欄					
銀行		支店	フリガナ			
口座番号		口座名義				

⑬

委任状	この請求に係る療養費及び付加金の受領を事業主代理人に委任します。	氏名	印
-----	----------------------------------	----	---

⑭ 事業主記入欄

上記の通り相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

TEL

事業主 住所  
代理人 氏名

印

健康保険組合記入欄	受付	決裁	支払	常務理事	事務長	会計	課長	担当	健保No			
	支給額			取得年月日	. .		続柄					
	支給決議	法定 付加			喪失年月日	. .		備考				
					死亡年月日	. .						
	支払内訳	合計			標準報酬月額	千円						
				埋葬に要した費用の額	円							

① 該当に○を

健康保険 **被保険者** 埋葬料(費) 請求書  
**被扶養者** 埋葬料(費)付加金

平成 ××年××月××日提出

被保険者(又は請求者)記入欄	② 記号	11	③ 番号	123456	④ 被保険者氏名	健保 太郎	⑤ 生年月日	××年××月××日	
	⑥ 事業所名	〇〇営業所			TEL	××××-××××	⑦ 事業所コード	×××-×××	
	⑧ 死亡年月日	平成 ××年××月××日		第三者の行為によるものですか		はい	いいえ		
	⑨ 死亡原因	××××××××××							
	⑩ 被扶養者死亡の場合	氏名				被保険者との続柄			
		生年月日				埋葬した年月日			
	⑪ 被保険者死亡の場合	請求者名	健保 花子			請求者の続柄			妻
		埋葬に要した費用	×××××× 円			埋葬した年月日		H×年×月×日	
		請求者	〒 ×××-××××			住所			
			〇〇都〇〇区〇〇町×-×-×			TEL			
		××××× 銀行			××××× 支店		フリガナ		
		口座番号			××××××		口座名義		
								健保 花子	

⑬ 委任状

この請求に係る療養費及び付加金の受領を事業主代理人に委任します。 氏名 ④

⑭ 事業主記入欄

上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日

事業主住所 代理人氏名

TEL

印