

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

① 該当に○を

健康保険

被保険者

埋葬料(費)

被扶養者

埋葬料(費)付加金

請求書

平成 年 月 日提出

|  |                                 |          |      |      |          |                |   |          |     |
|--|---------------------------------|----------|------|------|----------|----------------|---|----------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>又<br>は<br>請<br>求<br>者<br>）<br>記<br>入<br>欄 | ② 記号                            | 11       | 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<br>任<br>状 | この請求に係る埋葬料(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 |
|-------------|--|---|

|                            |                               |  |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| 事<br>業<br>主<br>記<br>入<br>欄 | ⑭ 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<br>代理人氏名                | 〒104-0061<br>東京都中央区銀座2丁目16番10号<br>ヤマト運輸株式会社<br>事業主代理人 大谷友樹<br>人事総務部長 |

TEL 03(3541)3411

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<br>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 | 大和 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 <b>いいえ</b> |          |           |
|                | 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         | 大和花子 <b>〇</b>                                    |                |          | 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          | 〒 ×××-××××<br>住所 〇〇都〇〇区〇〇町×-×-×<br>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 ヤマト ハナコ   |          |               |          |           |
| 口座番号 ××××××    |                               |              |  | 口座名義 大和花子      |          |               |          |           |

⑬ 委任状

この請求に係る埋葬料(費)及び付加金の受領を事業主代理人に委任します。 氏名 大和花子 **〇**

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