

埋葬料（費）について

埋葬料とは

被保険者が死亡した場合、被保険者により生計を維持していた者で埋葬を行うべき者に対し埋葬料を支給します。埋葬料の額は5万円です。

また、被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し家族埋葬料を支給します。家族埋葬料の額も5万円です。

埋葬費とは

被保険者が死亡した場合において、被保険者により生計を維持していた者が存在せず、これ以外の者が埋葬を行った場合、実際に埋葬を行った者に対し埋葬料の支給額（5万円）の範囲内で実際に埋葬に要した費用を支給します。

必要書類

申請書に次の必要書類を添付して提出してください。

(1) 被保険者が死亡した場合

① 申請者が、被保険者により生計を維持していた者の場合

- ・死亡診断書の写し若しくは死体検案書の写し
- ・住民票（亡くなった被保険者と請求者が記載されているもの）

② 申請者が、実際に埋葬を行った者の場合

- ・死亡診断書の写し若しくは死体検案書の写し
- ・埋葬に要した費用の領収書（原本）※

※領収書には死亡（埋葬）された方の氏名が記載されていること

(2) 被扶養者が死亡した場合

- ・死亡診断書の写し若しくは死体検案書の写し

申請書の提出先

区分	提出先
在職者	事業所の人事（総務）担当部署
退職者・任意継続被保険者	ヤマトグループ健康保険組合

注意事項

- (1) 申請書への記入モレや押印モレがある場合は、申請書は受理しません。

(2) 被保険者が死亡の場合、委任状は申請者の氏名を記入し押印してください。

(3) 保険給付を受ける権利は2年を経過すると時効により消滅します。

埋葬料の時効の起算日は、死亡した日の翌日です。

また、埋葬費の時効の起算日は、埋葬を行った日の翌日です。

(4) 領収書等は返却しません。

必要に応じてコピーをとってから原本を提出してください。

健康 保 險 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項	
	被保険者 資格取得日	昭平令	年	月	日			
	死亡者の 資格取得日	昭平令	年	月	日	死亡者の 資格喪失日	鋪 年 月 日	
	支給決議金額					円		

(ヤマト運輸社員用) **健康保険 埋葬料（費）支給申請書**

被 保 險 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名			
	③記号	11	④番号				⑤被保険者氏名		
	⑥申請者の氏名						⑦申請者の連絡 先電話番号		
	⑧申請者の住所	※ 被保険者が死亡の場合は申請者の住所を記入する。 〒							
	⑨申請者の続柄	申請者（私）は、 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被保険者の（ ） です。							
	⑩死亡者の氏名				⑪死亡日	令和	年	月	日
	⑫死亡原因								
	⑬死亡した直接 の原因が負傷に よる場合	通勤途中の負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※「はい」にチェックがある場合、事業所の担当者の方は申請の可否について健康保険組合までお問い合わせください。			
		工作中的の負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
		第三者行為による負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
交通事故による負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
⑭委任状	※ 被保険者が死亡の場合は申請者の氏名を記入し押印する。 この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者又は申請者氏名 ⑩								
⑮申請者の振込 先銀行口座	銀行名		支店名		口座番号				
	口座名義（フリガナ） （漢字）								

※ ⑨、⑬の口は該当する方に✓を入れる。 ⑨の（ ）には続柄を記入する。

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。									
	事業主						令和	年	月	日
	所在地:	東京都中央区銀座2丁目16番10号								
	名称:	ヤマト運輸株式会社								
	氏名:	事業主代理人	人事戦略部長	小祝 珠樹	⑩	電話番号:	03-3541-3411			