健康保険　被保険者 家族　埋葬料(費)支給申請書

申請者が記入するところ

※被保険者本人が死亡した場合は、下記※1 印の欄には、実際に申請される方の氏名を記入してください。

記号・番号		生年月日	事業所
記号	番号		
		昭和・平成・令和　年　月　日	

※1 被保険者（申請者）氏名	(フリガナ)	郵便番号	(　－　)
		被保険者（申請者）住所	(フリガナ) TEL　(　)

死亡年月日	令和　年　月　日	死亡原因		第三者の行為によるものですか	いいえ・はい

①または②のいずれかの欄を記載

① 被扶養者が死亡した場合の申請	被扶養者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄
	死亡した方を被扶養者とした経緯 （A①～④、またはBのいずれか該当するものに○印）	死亡した方は・・・ A．もともと働いていて自分で健康保険に加入していたが、退職により前の健康保険を資格喪失後になり、聖隷健保の被扶養者認定を受けた方で、 ① 前の健康保険の資格喪失後、3か月以内に死亡 ② 傷病手当金・出産手当金受給中に死亡 ③ 前の健康保険の資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に死亡 ④ ①～③には該当しない。 B．死亡した方の退職に伴う聖隷健保の被扶養者認定ではなかった			A①～③のいずれかに該当した場合、下記を記入 （埋葬料は前の保険者に申請できます（付加金等ある場合注意）） ↓
② 被保険者が死亡した場合の申請	被保険者氏名		被保険者と申請者との続柄・関係		死亡した方が加入していた前の健康保険の名称
	埋葬年月日	令和　年　月　日	埋葬に要した費用の額	円	健康保険組合

事業主証明欄

※事業主の方へ：死亡診断書の提出などにより、対象者の死亡を確認している場合は、ご証明ください。
※事業主の証明が受けられない場合は、死亡診断書等の写しを添付してください。

死亡に関する証明

死亡した方の氏名		被保険者・被扶養者の別（どちらかに○）	被保険者 被扶養者	死亡年月日	令和　年　月　日　死亡

上記に相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

受取代理人の欄

※給付金の受領を他人に委任するときは、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。
※給与口座へ支払の場合、≪受取代理人≫は事業主が記入します。

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

≪被保険者・申請者≫　令和　年　月　日	≪受取代理人≫
氏名	氏名
住所	住所

支払金融機関欄

※死亡した方が「被保険者本人」または「任意継続者」である場合は、申請者が下記支払金融機関の欄を記入してください。

銀行 金庫	本店 支店	種別	1：普通 2：当座	口座名義人 (フリガナ)
口座番号				

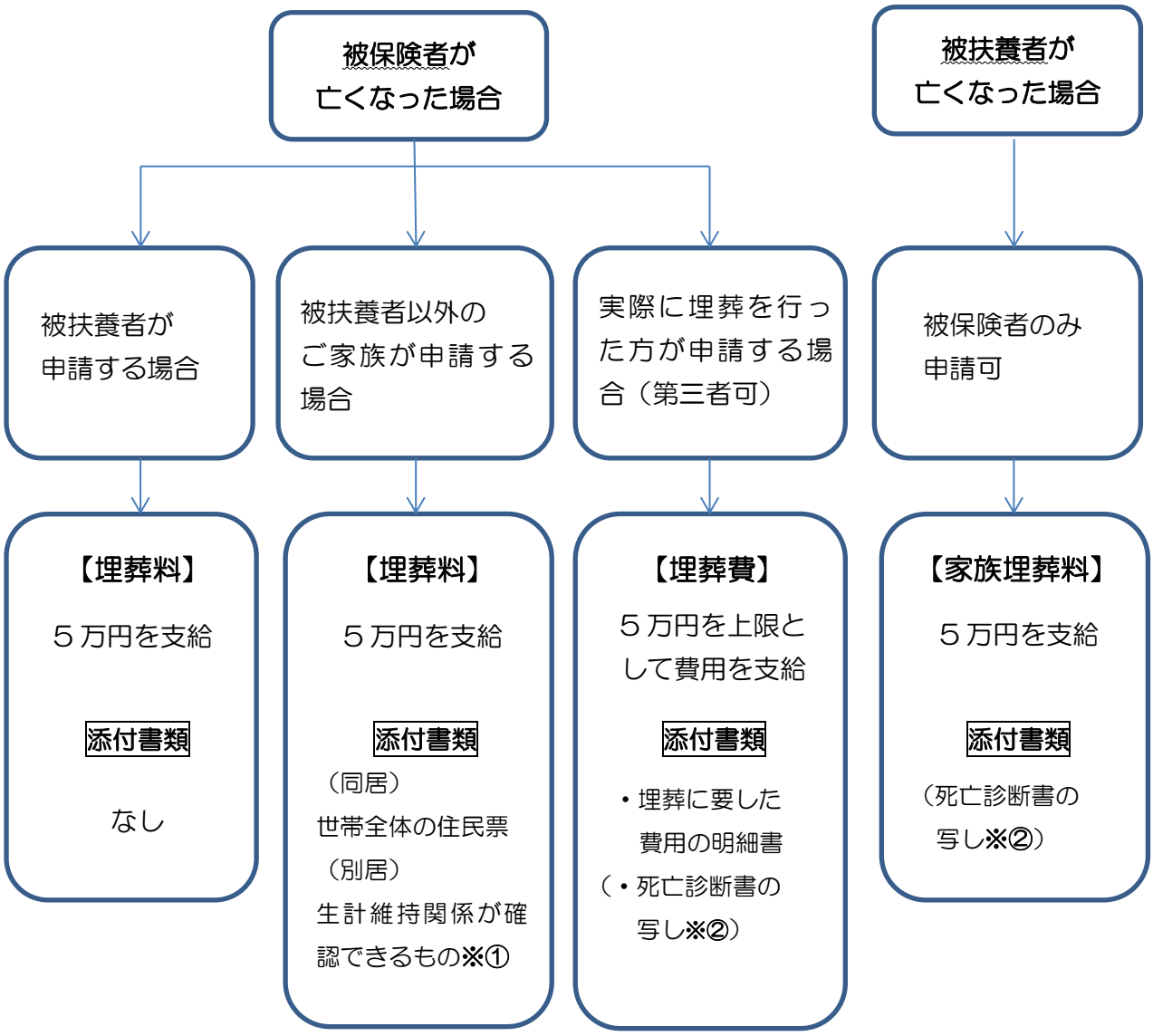
・ 添付書類については、裏面（別紙）を参照してください。
・ 記入方法及び添付書類の詳細については聖隷健康保険組合（053-413-3323）までお問い合わせください。

2024年12月改訂

埋葬料（埋葬費）支給申請について

埋葬料（費）とは

加入者（被保険者・被扶養者）の方が死亡した場合は、埋葬料（費）が受けられます。
亡くなった方や埋葬料（費）を受けられる申請者によって申請方法が異なりますので、下記フローチャート図にてご確認の上、ご申請ください。
いずれの場合も、事業主の証明が必要です。



※①　定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳の写し、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が提出できない場合は、「埋葬費」として申請してください。

※②　事業主の証明が受けられない場合や任意継続加入者が亡くなった場合は、死亡診断書の写しの添付が必要となります。

2024 年 12 月改訂