

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	健康保険の 記号-番号	—		請求者 氏 名			死亡者 との続柄	
	請求者 住所	〒 — ()						
	会社名							
	死亡者 氏 名				生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	死亡年月日	令和 年 月 日			第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ		
	死 亡 の 原 因 (疾 病 負 傷 名)							
	※ 被保険者の死亡で被扶養者がいないため親戚や知人等が埋葬を行った場合に記入【注意事項 2.】							
	埋葬（葬祭） 年月日	令和 年 月 日			埋葬（葬祭）に要した費用	円		
	振込 希望 口座	金融機関名	本・支店名		口座番号	請求者名義 (カタカナ)		
		銀行 金庫 ()	本店 支店 ()		(普)			

事 業 主 証 明 欄	死亡者氏名		死亡者 の別	被保険者 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 所在地 名 称 代表者名					

- 【注意事項】
- (本人・家族共通)
1. 事業主の証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書・死体検案書・検視調書・埋葬許可書・火葬許可書いずれか一つのコピーを添付してください。
- (本人死亡のとき)
2. 埋葬（葬儀）を行った人が健康保険の被扶養者ではない、かつ別居している場合、埋葬料の額の範囲で、埋葬にかかった費用が埋葬費として支給されます。
その場合は費用の領収書原本（請求者名義）・費用の内訳書(品名・数量・単価及び金額等を明記してあるもの)を添付してください。
3. 振込希望口座は、請求者の振込先を記入してください。
4. 請求者が死亡した被保険者によって生計維持されており、かつ被扶養者以外の方の場合は、住民票を添付してください。
※被扶養者の方は上記書類は不要です。
5. 健康保険証等のご提出が必要です。
- (家族死亡のとき)
5. 被扶養者死亡の場合には別途「健康保険被扶養者異動届」
と「健康保険証等」の提出が必要です。

受 付 印

支 給 決 定 欄	支 給 決 定 額		常務理事	担当	担当	

【給付の条件】

健康保険では、葬儀に要する費用を補償するものとして埋葬料（費）が支給されます。

本人が死亡したときは、埋葬を行った家族に支払われ、家族が死亡したときは、本人に支払われます。又、埋葬料を受けられる人がいない場合は、埋葬した人に埋葬費が支払われます。

ただし、交通事故による死亡で他の保険より埋葬料が支給されている場合は、請求できません。

例） ・自賠責保険（葬儀料） ・労災保険（葬祭給付）

【問合わせ先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合

〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階

TEL (06)4397-3260

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--