

被保険者・被扶養者
埋葬料（費）支給申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

▼支給決定 下記のとおり、支給してほしいか。			
41	埋葬料	記入不可	支給決定 年月日
45	埋葬費		支給予定 年月日
	埋葬費領収額 ・調整減額		

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 ※注3	
	氏 名	健保 太郎		被保険者の マイナンバー	- -
	生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 60 年 10 月 1 日	申請年月日	令和 7 年 2 月 15 日
	住民票住所	〒 123 - 4567 Tel 070 - 1122 - 3344 〇〇県△△市□□789番地10			

亡くなられた方

フリガナ	ケンポ ミヨコ				死亡年月日	令和 7 年 1 月 29日	
氏 名	健保 美代子				死亡に至った 傷病名等	急性心筋梗塞	
性 別	2	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	母	埋葬年月日 ※注 5	令和 年 月 日	
生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 33 年 4 月 7 日			被保険者が亡くなられたとき 埋葬に要した費用 ※注 5	円	
同一の死亡について他の医療保険等から埋葬料(費)を受給していますか？					2	1. はい 2. いいえ	
死亡の原因	1	1. 仕事中以外(業務外)の傷病 2. 仕事中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病					
労働災害または通勤災害の認定を受けていますか？					3	1. はい 2. 申請中 3. 未申請	
死亡の原因は外傷によるものですか？					2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」は提出済ですか？					2	1. はい 2. いいえ	
死亡の原因は第三者行為によるものですか？					2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか？					2	1. はい 2. いいえ	

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請（受領委任）者は被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、法定相続人が申請してください。		
	被保険者氏名 (申請者氏名)	健保 太郎	
	被保険者から みた続柄	本人	
	日中に連絡が とれる電話番号	070 - 1122 - 3344	
	受領委任 年月日	令和 7 年 2 月 15 日	

この給付金の受領を下記の者に委任します。	
事業所名称	記入不可
受領責任者 役 職 名	
受領責任者 氏 名	
氏 名	

事 業 主 の 証 明	この届出は、事業主の証明が必要です。（※注6） （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。
----------------------------	---

【注意事項】

- この申請は、被保険者または被扶養者がお亡くなりになったときに提出してください。
埋葬料（5万円）または、死亡した被保険者に家族がいないときは、埋葬を行った方に埋葬料（5万円）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。
- 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていた方が申請のとき、被保険者との関係が記載された公的証明書を添付してください。
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていない場合で、埋葬を行った方が申請のとき、埋葬に要した費用と埋葬年月日を記入し、領収書と領収明細書を添付してください。
- 事業主の証明がない場合、「死亡診断書・死体検案書の写し」または「埋葬・火葬許可書の写し」を添付してください。

被保険者・被扶養者
埋葬料（費）支給申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

▼支給決定 下記のとおり、支給してほしいか。			
41	埋葬料	記入不可	支給決定 年月日
45	埋葬費		支給予定 年月日
	埋葬費領収額 ・調整減額		

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 ※注3	
	氏 名	健保 太郎		被保険者の マイナンバー	- -
	生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 60 年 10 月 1 日	申請年月日	令和 7 年 2 月 15 日
	住民票住所	〒 123 - 4567 Tel 070 - 1122 - 3344 〇〇県△△市□□789番地10			

亡くなられた方

フリガナ	ケンポ タロウ			死亡年月日	令和 7 年 1 月 8 日	
氏 名	健保 太郎			死亡に至った 傷病名等	肺がん	
性 別	1	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	本人	埋葬年月日 ※注 5	令和 年 月 日
生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 60 年 10 月 1 日		被保険者が亡くなられたとき 埋葬に要した費用 ※注 5	円	
同一の死亡について他の医療保険等から埋葬料(費)を受給していますか？				2	1. はい 2. いいえ	
死亡の原因	1	1. 仕事中以外(業務外)の傷病 2. 仕事中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病				
労働災害または通勤災害の認定を受けていますか？				3	1. はい 2. 申請中 3. 未申請	
死亡の原因は外傷によるものですか？				2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」は提出済ですか？				2	1. はい 2. いいえ	
死亡の原因は第三者行為によるものですか？				2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか？				2	1. はい 2. いいえ	

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請（受領委任）者は被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、法定相続人が申請してください。		
	被保険者氏名 (申請者氏名)	健保 華子	
	被保険者から みた続柄	妻	
	日中に連絡が とれる電話番号	080 - 9988 - 3344	
	受領委任 年月日	令和 7 年 2 月 15 日	

この給付金の受領を下記の者に委任します。	記入不可
事業所名称	
受領責任者 役 職 名	
受領責任者 氏 名	

事 業 主 の 証 明	この届出は、事業主の証明が必要です。（※注6） （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。
----------------------------	---

【注意事項】

- この申請は、被保険者または被扶養者がお亡くなりになったときに提出してください。
埋葬料（5万円）または、死亡した被保険者に家族がいないときは、埋葬を行った方に埋葬料（5万円）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。
- 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていた方が申請のとき、被保険者との関係が記載された公的証明書を添付してください。
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていない場合で、埋葬を行った方が申請のとき、埋葬に要した費用と埋葬年月日を記入し、領収書と領収明細書を添付してください。
- 事業主の証明がない場合、「死亡診断書・死体検案書の写し」または「埋葬・火葬許可書の写し」を添付してください。

被保険者・被扶養者
埋葬料（費）支給申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

▼支給決定 下記のとおり、支給してほしいか。			
41	埋葬料	記入不可	支給決定 年月日
45	埋葬費		支給予定 年月日
	埋葬費領収額 ・調整減額		令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 ※注3	
	氏 名	健保 太郎		被保険者の マイナンバー	- -
	生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 60 年 10 月 1 日	申請年月日	令和 7 年 3 月 15 日
	住民票住所	〒 123 - 4567 Tel 070 - 1122 - 3344 〇〇県△△市□□789番地10			

亡くなられた方

フリガナ	ケンポ タロウ			死亡年月日	令和 7 年 1 月 8 日	
氏 名	健保 太郎			死亡に至った 傷病名等	心筋梗塞	
性 別	1	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	本人	埋葬年月日 ※注 5	令和 7 年 3 月 10 日
生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 60 年 10 月 1 日		被保険者が亡くなられたとき 埋葬に要した費用 ※注 5	150,000 円	
同一の死亡について他の医療保険等から埋葬料(費)を受給していますか？				2	1. はい 2. いいえ	
死亡の原因	1	1. 仕事中外(業務外)の傷病 2. 仕事中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病				
労働災害または通勤災害の認定を受けていますか？				3	1. はい 2. 申請中 3. 未申請	
死亡の原因は外傷によるものですか？				2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」は提出済ですか？				2	1. はい 2. いいえ	
死亡の原因は第三者行為によるものですか？				2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか？				2	1. はい 2. いいえ	

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請（受領委任）者は被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、法定相続人が申請してください。		
	被保険者氏名 (申請者氏名)	●●●●株式会社 総務部長◎山◎敏	この給付金の受領を下記の者に委任します。 事業所名称 受領責任者 役 職 名 受領責任者 氏 名
	被保険者から みた続柄	被保険者の勤務会社の総務部長	
	日中に連絡が とれる電話番号	080 - 9988 - 3344	
	受領委任 年月日	令和 7 年 3 月 15 日	

事 業 主 の 証 明	この届出は、事業主の証明が必要です。（※注6） （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。
----------------------------	---

【注意事項】

- この申請は、被保険者または被扶養者がお亡くなりになったときに提出してください。
埋葬料（5万円）または、死亡した被保険者に家族がいないときは、埋葬を行った方に埋葬料（5万円）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。
- 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていた方が申請のとき、被保険者との関係が記載された公的証明書を添付してください。
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者により生計維持されていない場合で、埋葬を行った方が申請のとき、埋葬に要した費用と埋葬年月日を記入し、領収書と領収明細書を添付してください。
- 事業主の証明がない場合、「死亡診断書・死体検案書の写し」または「埋葬・火葬許可書の写し」を添付してください。