

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

▼支給決定 下記のとおり、支給してよろしいか。

41	埋葬料	円
45	埋葬費	円
	埋葬費領収額 ・調整減額	円

支給決定 年月日	令和 年 月 日
支給予定 年月日	令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-	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		被保険者の マイナンバー	-
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日	申請年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -		

亡 く な ら れ た 方	フリガナ		死亡年月日	令和 年 月 日	
	氏 名		死亡に至った 傷病名等		
	性 別	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	埋葬年月日 ※注 5	令和 年 月 日
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 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？			1. はい 2. いいえ	
	死亡の原因	1. 工作中以外(業務外)の傷病 2. 工作中(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？			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？			1. はい 2. いいえ	
	「負傷原因報告書」は提出済ですか？			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？			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？			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)		この給付金の受領を下記の者に委任します。	
	被保険者から みた続柄		事業所名称	
	日中に連絡が とれる電話番号	- -	受領責任者 役 職 名	
受領委任 年月日	令和 年 月 日	受領責任者 氏 名		

事 業 主 の 証 明	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日
	所在地
	名 称
	役 職 氏 名

【注意事項】

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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、領収証と領収明細書を添付してください。
6. 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。