健康保険　埋葬料(費)
家族埋葬料　支給申請書

◎添付書類については、裏面をご参照願います。

被保険者～申請者～の記入欄

①	被保険者等 記号・番号	(記号)　　(番号) －	②事業所名		
	個人番号 (マイナンバー)		【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。		
被保険者 (申請者)の	③氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	④住所	〒　　－ TEL　　(　　)	
⑤死亡年月日	令和　　年　　月　　日	⑥死亡原因		⑦ 第三者の行為が原因で	ある　・　ない 「ある」の場合は、第三者行為による「負傷届」を提出してください。
⑦で「ある」と答えた場合は第三者の	⑧氏名		⑨住所	TEL　　(　　)	

⑩ 亡くなった方が介護保険法のサービスを受けていたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名

⑪被扶養者の死亡による申請の場合

被扶養者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	被保険者との続柄	

亡くなられた方は、健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヶ月以内の死亡 ② 資格喪失後、傷病・出産手当金を受給中の死亡 ③ 資格喪失後、②を受給終了後、3ヶ月以内の死亡	はい ・ いいえ	左で「はい」と答えた場合、認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号番号	
		保険者名	記号番号

⑫被保険者の死亡による申請の場合

被保険者氏名		埋葬年月日	令和　　年　　月　　日
被保険者からみた請求者との続柄(身分関係)		埋葬に要した費用	円

亡くなられた方は、西日本パッケージング健康保険組合の資格喪失後に他の健康保険の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヶ月以内の死亡 ② 資格喪失後、傷病・出産手当金を受給中の死亡 ③ 資格喪失後、②を受給終了後、3ヶ月以内の死亡	はい ・ いいえ	左で「はい」と答えた場合、資格喪失後に加入していた健康保険の保険者名と記号番号	
		保険者名	記号番号

事業主の証明欄

死亡者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　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する。　令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話　　(　　)

振込口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	普通 当座 その他(　　)		(ﾌﾘｶﾞﾅ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

委任者との関係 (　　)

令和　　年　　月　　日

住所

被保険者(申請者)　氏名

代理人　住所　電話　　(　　)　氏名

受付年月日

≪添付書類について≫

〈埋葬料〉

◎ 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合

- 添付書類なし

◎ 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合

- 生計維持を確認できる書類

  1．同居の場合は、亡くなった被保険者と申請者が記載されている住民票（続柄記載）

  2．別居の場合は、生計維持を確認できる書類（仕送りの事実が分かる通帳の写し等）

〈家族埋葬料〉

◎ 被扶養者が亡くなった場合

- 添付書類なし

〈埋葬費〉

◎ 被保険者が亡くなり、被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合

- 埋葬に要した費用の領収書（支払った方のフルネームが記載されているもの）
- 埋葬に要した費用の明細書

※ 上記いずれの場合も、事業主の証明を受けられない場合及び任意継続被保険者またはその被扶養者が亡くなられた場合は、死亡が確認できる次の書類のいずれかを添付してください。

1．埋葬許可証または火葬許可証の写し

2．死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し

3．亡くなった方の戸籍（除籍）謄（抄）本

4．住民票