

**健康保険 埋葬料(費) 付加金 支給申請書**  
**家族埋葬料**

添付書類については、裏面をご参照願います。

被 保 者 の 申 請 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号番号		(記号)	(番号)	事業所名		
	被保険者 (申請者)の 氏名		(フリガナ)	住所		〒	
	死亡年月日		年 月 日	死亡原因	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。
	で「ある」と答えた 場合は第三者の		氏名	住所		TEL ( )	
	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		
	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	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。 資格喪失後、3ヶ月以内の死亡 資格喪失後、傷病・出産手当金を受給中の死亡 資格喪失後、 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
	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		平成 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。 資格喪失後、3ヶ月以内の死亡 資格喪失後、傷病・出産手当金を受給中の死亡 資格喪失後、 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	_____年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成	_____年 月 日
	事業所所在地			
	事業所名称			
事業主氏名			電話	( )

**口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。**

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他( )		(フリガナ)

**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。				受付年月日
	委任者との関係 ( )				
	平成 年 月 日				
	住所				
	被保険者 (申請者) 氏名		代理人 電話 ( )		氏名

## 添付書類

### 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（仕送りの事実がわかる通帳の写し等）

### 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（支払者の氏名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に係る請求の場合等は、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