

記入例

健康保険埋葬費支給申請書

(被保険者が亡くなり、被保険者と生計維持関係がなく、埋葬を行った方が申請する場合)

健康保険(被保険者)埋葬料(費)同付加金支給申請書			
① 被保険者等 被保険者(申請者)の 記号 123 番号 45	② 氏名 ヤクギョウ タロウ 薬業 太郎	③ 生年月日 平成 40 年 7 月 3 日	④ 死亡年月日 令和 8 年 12 月 10 日
⑤ 被保険者(申請者)の 現住所 〒123-0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101		⑥ 死亡原因 (傷病名等) 〇〇〇癌	⑦ 死亡した 年月日 令和 8 年 12 月 10 日
⑧ 被保険者が勤務する (していた)事業所の名称 □□□株式会社			
⑨ 死亡原因 (傷病名等) 〇〇〇癌			
⑩ 被扶養者が死亡したための申請であるとき			
⑪ 被扶養者の 氏名	⑫ 生年 月日	⑬ 扶養認定 年月日	⑭ 昭和・平成・令和 年月日
⑮ 亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に当組合の被扶養者の認定を受けた方で、今回の申請は次に該当する申請ですか。 ⑯ 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ⑰ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ⑱ 資格喪失後、⑯の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			
⑲ 欄で「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた			
⑳ 健康保険の保険者名 TEL) -			
㉑ 記号・番号			
㉒ 被保険者が死亡したための申請であるとき			
㉓ 被保険者の氏名	健保 花子	㉔ 被保険者と申請者との 身分関係	弟
㉕ 埋葬した年月日	令和 8 年 12 月 12 日	㉖ 埋葬に要した 費用の額	851,000 円
㉗ 亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の申請は次に該当する申請ですか。 ㉘ 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ㉙ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ㉚ 資格喪失後、㉘の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			
㉛ 欄で「はい」と答えた場合、資格喪失後に被扶養者として加入していた			
㉜ 健康保険の保険者名 TEL) -			
㉝ 記号・番号			
㉞ 死亡した 方の氏名	健保 花子	㉟ 死亡した 方の区分	被保険者
㊱ 死亡年月日	令和 8 年 12 月 19 日	㊲ 死亡年月日	令和 8 年 12 月 10 日
㊳ 上記のとおり相違ないことを証明します。 名古屋市中区△△△100-100 事業所所在地 □□□株式会社 事業所名称 健康 太郎 事業主氏名 TEL 012 345 6789			
㊴ 確認欄 <input checked="" type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りが無いが申請者本人が確認している。			
㊵ 次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。			
名古屋薬業健康保険組合 R3.3			

1
申請者について
ご記入ください。

2
会社(事業主)ご記入欄
※証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類「埋葬許可証」のうつし、「火葬許可証」のうつしをご提出ください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL:052-211-2439

HP:<https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

記入例

健康保険埋葬費支給申請書

健康保険埋葬料(費)同付加金支給申請書

受取代理人の欄	本申請書に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 ③ 被保険者(申請者の氏名) 8年12月20日 薬業 太郎 ④ 代理人 〇〇〇株式会社 内 ⑤ 氏名 健康 太郎
---------	--

⑤ 傷病原因記入欄
名が外傷性のものである場合、記入または該当するものに○を打ってください。

対象者	傷病名
1. 負傷した日時はいつですか。 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃	
2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇 など)・その他()	
3. 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他()	
4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。	
5. 第三者の行為による負傷ですか。 いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)	

社会保険労務士の
提出代行者

被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
【マイナンバーにより申請する場合は、個人番号履歴、本人履歴をするための
書類を併付の上、この欄に記載してください。】

3

申請者について
ご記入ください。

4

会社(事業主)ご記入欄

5

傷病名が外傷性のもの
(骨折・損傷など)、腰部
や頸椎疾患である場合は
必ずご記入ください。

- 添付書類は申請書の裏面に記載があります。申請時には必ずご確認ください。
- 事業主(会社)を通して組合までご提出ください。
- 事業主(会社)経由でのお振込みとなります。

記入例

健康保険埋葬料同付加金支給申請書

(被保険者、被扶養者の方が亡くなり、生計維持関係のある方が申請をする場合)

健康保険(被保険者)埋葬料(費)同付加金支給申請書			
① 被保険者等	② 記号	123	③ 氏名
被保険者(申請者)	④ 番号	45	ヤクギョウ ハナコ 薬業 花子
被保険者(申請者)の現住所		〒123-0000 TEL (012 345 6789 987 654 3210 名古屋市中央区△△△1-1 □□□マンション101	
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称		□□□株式会社	
死亡原因(傷病名等)		〇〇〇癌	
被扶養者が死亡したための申請であるとき		死亡した年月日 令和8年12月10日	
⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 生年月日	昭和・平成・令和 年月日	⑦ 扶養認定年月日
死亡された家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に当組合の被扶養者の認定を受けた方で、今回の申請は次に該当する申請ですか。	いいえ・はい		
⑧ ① 資格喪失後、3か月以内に亡くなったとき			
⑨ ① 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなったとき			
⑩ ① 資格喪失後、⑨の受給終了後、3か月以内に亡くなったとき			
⑪ ① 欄「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた	⑫ 健康保険の保険者名	TEL) -	
被保険者が死亡したための申請であるとき			
⑬ 被保険者の氏名	薬業 太郎	⑭ 被保険者と申請者との身分関係	妻
⑮ 死亡した年月日	年月日	⑯ 埋葬に要した費用の額	円
死亡された方は、退職等により当健康保険組合の資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の申請は次に該当する申請ですか。	いいえ・はい		
⑰ ① 資格喪失後、3か月以内に亡くなったとき			
⑱ ① 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなったとき			
⑲ ① 資格喪失後、⑱の受給終了後、3か月以内に亡くなったとき			
⑳ ① 欄「はい」と答えた場合、資格喪失後に被扶養者として加入していた	㉑ 健康保険の保険者名	TEL) -	
㉒ 死亡した方の氏名 薬業 太郎			
㉓ 死亡した方の区分 被保険者			
㉔ 死亡した年月日 令和8年12月10日死亡			
㉕ 上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和8年12月19日		名古屋市中区△△△100-100	
事業所所在地 □□□株式会社		事業所名称 健康 太郎	
事業主氏名		TEL (012 345 6789	
<input checked="" type="checkbox"/> 確認欄 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			
次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。			
名古屋薬業健康保険組合 R3.3			

1 申請者についてご記入ください。

2 3 被扶養者が亡くなった場合は②へ
被保険者が亡くなった場合は③へ
ご記入ください。

4 会社(事業主)ご記入欄
※証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類「埋葬許可証」のうつし、「火葬許可証」のうつしをご提出ください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL:052-211-2439

HP:<https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

記入例

健康保険埋葬費同付加金支給申請書

健康保険埋葬費(費)同付加金支給申請書

受取代理人の欄	本申請書に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 ⑤ 被保険者(申請者の氏名) 8年12月20日 薬業 花子 ⑥ 代理人 ⑦ 事業所名称 □□□株式会社 内 ⑧ 氏名 健康 太郎
---------	--

⑦ 傷病原因記入欄
名が外傷性のものである場合、記入または該当するものに○を打ってください。

対象者	傷病名
1. 負傷した日時はいつですか。 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃	
2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇 など)・その他()	
3. 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他()	
4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。	
5. 第三者の行為による負傷ですか。 いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)	

社会保険労務士の
提出代行者

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
【マイナンバーにより申請する場合は、本人番号欄、本人職程をすすための書類を併付の上、この欄に記載してください。】

5

申請者について
ご記入ください。

6

会社(事業主)ご記入欄

7

傷病名が外傷性のもの
(骨折・損傷など)、腰部
や頸椎疾患である場合は
必ずご記入ください。

- 添付書類は申請書の裏面に記載があります。申請時には必ずご確認ください。
- 事業主(会社)を通して組合までご提出ください。
- 事業主(会社)経由でのお振込みとなります。