

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) 家族 埋葬料(費) 同付加金支給申請書

① 被保険者証の記号 123 ② 被保険者(申請者)の氏名 ヤクギョウ タロウ 薬業 太郎

③ 被保険者(申請者)の番号 45 ④ 被保険者(申請者)の生年月日 平成 40年 7月 3日

⑤ 被保険者(申請者)の現住所 〒123 - 0000 名古屋市中央区△△△1-1 □□□マンション101

⑥ 被保険者が勤務していた事業所の名称 □□□株式会社 ⑦ 死亡した年月日 令和8年 12月 10日

⑧ 死亡原因(傷病名等) ○○○癌 ⑨ 第三者行為によるものですか いいえ・はい

●被扶養者が死亡したための申請であるとき

⑩ 被扶養者の氏名 ⑪ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ⑫ 扶養認定年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

⑬ 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。
 ⑭ 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき
 ⑮ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき
 ⑯ 資格喪失後、⑭の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

⑰ 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 ⑱ 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

⑲ 被保険者の氏名 健保 花子 ⑳ 被保険者と申請者との身分関係 弟

㉑ 埋葬した年月日 令和8年 12月 12日 ㉒ 埋葬に要した費用の額 851,000 円

㉓ 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。
 ㉔ 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき
 ㉕ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき
 ㉖ 資格喪失後、㉔の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

㉗ 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 ㉘ 健康保険の保険者名 TEL) -

㉙ 死亡した方の氏名 健保 花子 ㉚ 死亡した方の区分 被保険者 ㉛ 死亡した年月日 令和8年 12月 10日 死亡 令和8年 12月 19日

㉜ 上記のとおり相違ないことを証明します。
 名古屋市中央区△△△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

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。
 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。

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
 TEL:052-211-2439

名古屋薬業健康保険組合 業務課

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

健康保険埋葬料(葬)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 8年12月20日
 被保険者(申請者の氏名) 薬業 太郎

4 〇〇〇株式会社 内
 代理人の氏名 健康 太郎

5 ⑤ 傷病原因記入欄
 傷病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、この欄に転載してください。]

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 被保険者証の記号 123 ② 被保険者(申請者)の番号 45 ③ 氏名 ヤクギョウ ハナコ 薬業 花子 ④ 生年月日 平成 40年 4月 19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 TEL (012 345 6789 携帯 (987 654 3210

⑥ 被保険者が勤務していた事業所の名称 □□□株式会社 ⑦ 死亡した年月日 令和8年 12月 10日

⑧ 死亡原因 ○○○癌 ⑨ 第三者行為によるものですか いいえ・はい

●被扶養者が死亡したための申請であるとき

⑩ 被扶養者の氏名 ⑪ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ⑫ 扶養認定年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

⑬ 亡くられた家族は、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。

⑭ 資格喪失後、3か月以内に亡くられたとき いいえ・はい

⑮ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くられたとき

⑯ 資格喪失後、⑮の支給終了後、3か月以内に亡くられたとき

⑰ 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 ⑱ 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

⑲ 被保険者の氏名 薬業 太郎 ⑳ 被保険者と申請者との身分関係 妻

㉑ 埋葬した年月日 年 月 日 ㉒ 埋葬に要した費用の額 円

㉓ 亡くられた方は、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。

㉔ 資格喪失後、3か月以内に亡くられたとき いいえ・はい

㉕ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くられたとき

㉖ 資格喪失後、㉕の支給終了後、3か月以内に亡くられたとき

㉗ 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 ㉘ 健康保険の保険者名 TEL) -

㉙ 死亡した方の氏名 薬業 太郎 ㉚ 死亡した方の区分 被保険者 ㉛ 死亡した年月日 令和8年 12月 10日 死亡 令和8年 12月 19日

㉜ 上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 名古屋市中区△△△100-100

事業所名称 □□□株式会社

事業主氏名 健康 太郎

TEL (012 345 6789

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。

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。

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
TEL:052-211-2439

名古屋薬業健康保険組合 業務課

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

健康保険埋葬費(葬)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 8年12月20日
 ②被保険者(申請者の氏名) 薬業 花子

6 ③事業所名称 □□□株式会社 内
 代理人 ④氏名 健康 太郎

7 ⑤負傷原因記入欄
 傷病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、この欄に転記してください。】

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。