

被保険者又は被保険者であった者の業務外の事由による死亡に対しては「埋葬料」が支給されます。
 死亡した被保険者により生計を維持されていた家族がない場合は、埋葬を行った人に「埋葬費」が埋葬料の範囲内で支給されます。
 又、被扶養者である家族の死亡に対しては「家族埋葬料」が支給されます。

	被保険者死亡の場合	被扶養者死亡の場合
支給条件	①被保険者期間中の死亡 ②被保険者資格喪失後3ヵ月以内の死亡 ③資格喪失後、傷病手当金又は出産手当金を継続受給中の死亡 ④③の受給終了後、3ヵ月以内の死亡	被扶養者である家族の死亡
支給対象者	・死亡した被保険者により生計を維持されていた家族で埋葬を行った者 （健康保険の被扶養者に限らず、被保険者に生計の一部でも依存していた事実があればよい） ・埋葬費は埋葬料を受ける者がいない場合、実際に埋葬を行った者に支給	被保険者
支給額	50,000円（埋葬費は埋葬料の範囲内で、実際に埋葬に要した費用相当額）	
必要書類など	①下記のうち交付されているもの全て ・保険証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ②埋葬料(費) 請求書 ③②に事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類 （死亡診断書・埋葬許可証等の写） ④埋葬料を被扶養者以外の方が申請する場合は、生計維持を確認できる書類（住民票等） ⑤埋葬費請求の場合は、埋葬に要した費用の領収書 （葬儀代、霊柩車代、埋葬料又は火葬料、霊前への供物代、僧侶の謝礼等）	①健康保険被扶養者(異動)届（被扶養者削除） ②下記のうち交付されているもの全て ・保険証・資格確認書・限度額適用認定証 ・高齢受給者証・特定疾病療養受療証 ③家族埋葬料請求書 ④③に事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類（死亡診断書・埋葬許可証等のコピー）
支給日	20日締め、当月末支給	

<被保険者が亡くなられた場合>

○をつけてください

被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

健康保険の記号	9999	番号	999999	事業所の名称	〇〇株式会社
死亡の年月日	令和 7 年 2 月 1 日	死亡の原因	心不全		
第三者の行為によって死亡した場合にはその事実並びに第三者の住所及び氏名（住所及び氏名が不詳であるときはその旨）				交通事故等、第三者の行為により死亡した場合はこちらもご記入ください。（別途書類の提出が必要です。）	
被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		昭和 平成 令和	続柄	
亡くなられた家族が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に被扶養者として認定された方で次に該当する場合は、被保険者として加入していた保険者名と記号・番号をご記入ください。					
①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②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 ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			保険者名	記号	番号
被保険者の氏名	鐘化 健保	死亡した被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	昭 和 平 成 5 0 年 8 月 1 日	
亡くなられた方が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号をご記入ください。			重複支給をふせぐために、該当の場合は必ずご記入ください。		
①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②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 ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			保険者名	記号	番号
埋葬費を請求するとき	埋葬を行った年月日	令和 7 年 2 月 3 日	埋葬に要した費用（注 2）	250,000円	
支払金融機関（給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状も記入）	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。			生計維持関係にない方が埋葬を行い、埋葬費を請求される場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。	
	金融機関名	支店名	預金種別	9999999	加初 ケホ [®]
	〇〇銀行	〇〇支店	普通 当座		
委任状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			
		令和 年 月 日	給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。		
	受取代理人（口座名義人）	住所			
		Tel（日中連絡先）			
		氏名	被保険者との続柄		
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。					
マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。					
備考欄	<input checked="" type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。				
	令和 7 年 2 月 15 日	郵便番号	9999999	埋葬料を被扶養者以外の方が請求する場合は、生計維持を確認できる書類（住民票等）の添付	
	カネカ健康保険組合理事 殿	被保険者住所（請求者）の氏名	鐘化 健子	妹	
	提出前に内容を確認の上、確認欄にチェック後、ご提出をお願いします。また、提出日も必ずご記入ください。	電話番号	123-456-789		
		請求者と死亡した被保険者との続柄又は身分関係			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）。					
証明する欄	死亡した方の氏名	事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。			
	上記のとおり相違ないことを証明する。	被保険者・被扶養者	令和 年 月 日	死亡	
	所在地 事業所 名称 電話番号	事業主氏名			
こちらに事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類（死亡診断書・埋葬許可証等のコピー）を添付してください。					

<被扶養者が亡なられた場合>

被扶養者 埋葬料（費）請求書

死亡されたご家族についてご記入ください。
（“家族”に○をつけてください）

健康保険の	記号	9999	番号	999999	事業所の 名称				
死亡の年月日	令和 7 年 2 月 1 日		死亡の原因	心不全					
第三者の行為によって死亡した場合にはその事実並びに第三者の住所及び氏名 (住所及び氏名が不詳であるときはその旨)			交通事故等、第三者の行為により死亡した場合はこちらもご記入 ください。(別途書類の提出が必要です。)						
被扶養者の 氏名	鐘化 組子		被扶養者の 生年月日	昭和 平成 令和	50年 1月 15日	続柄	妻		
亡なられた家族が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に被扶養者として認定された方で次に該当する場合は、被保険者として加入していた保険者名と 記号・番号をご記入ください。 ①資格喪失後、3か月以内 ②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なられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡なられたとき	重複支給をふせぐために、該当の場合は必ずご記入 ください。		保険者名						
	記号	番号							
被保険者の 氏名			死亡した被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日				
亡なられた方が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後、家族の被扶養者となっておられ次に該当する場合は、資格喪失後に加入している保険者名と記 号・番号をご記入ください。 ①資格喪失後、3か月以内に亡なられたとき ②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なられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡なられたとき	保険者名								
	記号	番号							
埋葬費を請求 するとき	埋葬を行った 年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用 (注2)	円					
支払金融機関 (給付金の受取を代 理人に委任する場 合は委任状も記入)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (かか)				
	〇〇銀行	〇〇支店	普通 当座	9999999	かかケホ				
委任状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名					給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。		
	受取代理人 (口座名義人)	住所							
		Tel (日中連絡先)							
		氏名						被保険者との続柄	
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。									
備考欄									
<input checked="" type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。 令和 7 年 2 月 15 日 カネカ健康保険組合理事 殿 提出前に内容を確認の上、確認欄 にチェック後、ご提出をお願いします。 また、提出日も必ずご記入ください。									
			郵便番号	999-9999					
			被保険者住 所 (請求者) の氏 名	〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 鐘化 健保					
			電話番号	123-456-789					
			請求者と死亡した被保険者との 続柄又は身分	事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。					
<input type="checkbox"/> 申請書の提出を事業主へ委任します (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)。									

証明 する 欄	死亡した方の氏名	死亡した方 被保険者・被扶養者	死亡した年月日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
	所在地 事業所 名称 電話番号	事業主氏名	
こちらに事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類 (死亡診断書・埋葬許可証等のコピー) を添付してください。			