

被 保 険 者
健康保険 **埋 葬 料(費) 請 求 書**
被 扶 養 者

◎ 記入提出方法は次項をよくお読みの上、必要書類を添付して申請してください。

給付No.		オカモト健康保険組合 殿	令和	年	月	日	提出		
請求者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	請求者の氏名・印			印		
	現住所	〒							
	事業所名					所属コード			
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因	(病名等記入)		
	被保険者が死亡した為の請求である場合	氏名		埋火葬年月日		令和	年	月	日
		被保険者と請求者の続柄		埋葬に要した費用					円
	(別紙明細のとおり)								
被扶養者が死亡した為の請求である場合	被扶養者氏名		生		年	月	日	被保険者との続柄	
			大 昭		年	月	日		
		平 令							
委任状	本請求に基づく給付金の受領を						に委任します。		
		請求者氏名・印				令和	年	月	日
								印	
事業主証明欄	死亡した者の氏名				死亡年月日	令和	年	月	日
	死亡した者は	被保険者・被扶養者			備考				
	うえのとおり相違ないことを証明します。						令和	年	月
		所在地							
		事業所の							
		名称							
		事業主の							
		氏名印						印	

支 給 決 議 書(通知No.)

事業所担当	決裁		決 裁		記 帳	支 給 金 額
	執行					50,000円
	取得		海 外	台 帳	入 力	
	喪失		105条該当			

埋葬料(費)の申請手続きについて

申請条件

被保険者又は被扶養者が死亡した時、その埋葬を行う人に支給されます。
尚、労働災害や交通事故による場合は原則として支給されません。

支給額

- ① 埋葬料 被保険者が死亡した場合、被保険者により生計を維持していた者に5万円
- ② 家族埋葬料 被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し5万円
- ③ 埋葬費 被保険者が死亡し、扶養家族以外の者が埋葬を行った場合、
実際に埋葬を行った者に対し、埋葬料の支給金額の範囲内で実際に埋葬に要した費用を支給

いつまでに

速やかに(請求権の時効は2年)
3ヶ月以上経過しての請求は理由書を添付して下さい。

提出先

事業所担当者

添付書類

- ① 事業主の証明を得ないで請求する場合及び退職者・任意継続被保険者は、次の書類いずれかの写を添付して下さい。「埋葬許可書」「火葬許可書」「死亡診断書」「死体検案書」
- ② 埋葬料の場合
被保険者と生計を一にしていた者で被扶養者以外の家族が請求する時は「住民票の謄本」「健康保険給付金遺族支給申請書」を添付して下さい。
- ③ 埋葬費の場合
 - ・ 埋葬に要した費用の領収書原本(品名・単価・数量・金額が明記してあるもの)尚、請求者と領収書の受取人は同一人でなければなりません。その確認の為に領収書の受取人名はフルネームで記入してもらって下さい。
 - ・ 健康保険給付金遺族支給申請書
 - ・ 戸籍謄本 等

被保険者死亡の場合

被保険者埋葬料(費)請求の場合は(退職者・任意継続被保険者を含む)
請求者本人宛に送金しますので、請求者名義の振込銀行口座をご記入下さい。(郵貯不可)

銀行		支店
普通預金	口座名	
口座名義人(フリガナ)		