

健康 保 険 者 の 資 格 取 得 日 付 欄	資格取得	令和	年	月	日	死亡年月日	令和	年	月	日
	資格喪失	令和	年	月	日	埋葬年月日	令和	年	月	日
	備考									

健康保険 被保険者 埋葬料（費） 支給申請書

埋葬料付加金

※1 マイナポータルの健康保険証情報または、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」にある記号・番号をご記入ください。

申請者が記入するところ	被保険者の記号と番号※1	記号		番号		事業所の名称					
	申請者の氏名						被保険者との続柄				
	申請者の住所及び連絡先	〒					☎: 日中の連絡先		()		
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因			第三者の行為によるものですか※2		
	被保険者が死亡した時の申請	被保険者氏名					生年月日	昭和	年	月	日
		埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円			
認定被扶養者以外で生計維持関係にありましたか						いいえ ・ はい → 2ページ目(※3)をご参照ください					

※2 第三者行為による死亡の場合、別紙、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。
※3 別紙の「添付書類」をご参照の上、ご提出ください。

◎振込先名称は必ず記入してください。

振込先名称	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種類	普通 当座 別段	支店番号	口座番号			
	預金者氏名 (カタカナ)					

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名				死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。									
令和 年 月 日										
事業主 住所 氏名 電話 ()										

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。
申請者のマイナンバー

□□□□□□□□□□□□□□

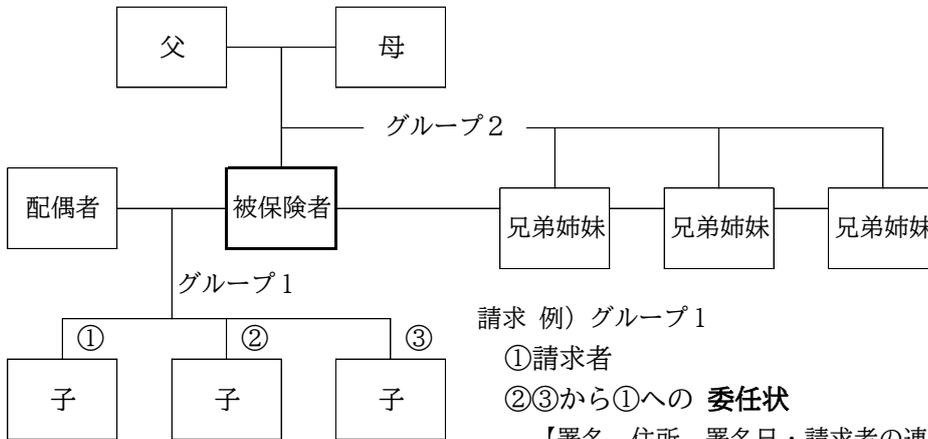
※記入の際には別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合わせ願います。

受付日付印

【添付書類】

	請求者	添付書類
埋葬料	認定被扶養者	○ 事業主証明(死亡者の証明)申請書中に記載欄あり 証明が受けられない場合、次のいずれか一つ(写)を添付してください。 * 埋(火)葬許可書 * 死亡診断書 * 死体検案書 * 検視調書
	認定被扶養者以外の方 {同居 別居} 生計維持あり	○ 事業主証明(死亡者の証明)申請書中に記載欄あり 証明が受けられない場合、次のいずれか一つ(写)を添付してください。 * 埋(火)葬許可書 * 死亡診断書 * 死体検案書 * 検視調書 ○ 請求者住民票(マイナンバー記載のないもの) ○ 戸籍(除籍)謄(抄)本 ○ 埋葬に要した費用の領収(明細)書 別居の方のみ次のいずれか1つ(写)を添付してください。〔上記書類に加えて〕 ※定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳や現金書留(写) ※死亡者が請求者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書(写)
埋葬費	認定被扶養者以外の方 (別居・生計維持無し)	○ 事業主証明(死亡者の証明)申請書中に記載欄あり 証明が受けられない場合、次のいずれか一つ(写)を添付してください。 * 埋(火)葬許可書 * 死亡診断書 * 死体検案書 * 検視調書 ○ 請求者の住民票(マイナンバー記載のないもの) ○ 戸籍(除籍)謄(抄)本 ○ 埋葬に要した費用の領収(明細)書 (支払った方の氏名および埋葬に要した費用額が記載されているもの)

- ・ 請求者が各グループ(死亡者の子、死亡者の兄弟姉妹等)中、他にもいらっしゃる場合は、請求者以外からの**委任状**が必要となります。



- ・ 埋葬料 (健康保険法第100条1項)
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で埋葬を行うべき者に対し、埋葬料を支給する。
埋葬料の額は5万円(政令で定める金額)である。
- ・ 埋葬費 (健康保険法第100条2項)
被保険者により生計を維持していた者が存在せず、これ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する。(上限5万円)

健康保険給付金 遺族支給申請書

次のとおり、被保険者が受けるべき未支給の保険給付金について、権利承諾届記載の通り遺族として諸証明を添付のうえ、支給申請を致します。

※被保険者証の記号と番号はマイナンバーよりご確認ください。

被 保 険 者 に つ い て	被保険者であった時の 被保険者の 記号・番号※	記号		氏名	
		番号		生前の勤務先	
	死亡した 当時の住所				
	死亡原因	業務上ですか はい・いいえ	第三者の行為によりますか はい・いいえ	死亡年月日	令和 年 月 日
申 請 人	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 生
	死亡した被保険者との間柄（正確に）				
	あなたは死亡した人の相続人になりますか	はい・いいえ はいの場合、第1順位・			
	現住所	〒			
	電話番号				

権利承継届

東京都医業健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

請求者の住所

氏名

電話

〔 続柄 〕

このたび貴健康保険組合の被保険者であった（記号 _____ 番号 _____）氏名 _____ は、私の _____ ですが、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡いたしましたので、健康保険法に基づく保険給付金等の請求権について、私が承継致します。

なお、この権利の承継について万一係争が起きた場合、その責任は私において取り貴組合にならご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

給 付 金 受 取 区 分	① 直接支払	この申請に基づいて支給される給付金の受領について、次の口座宛に送金をお願いいたします。				
		金融機関 名称	銀行 本店 金庫 支店 信組 出張所 農協	預金種類	普通 当座 別段	支店番号
	② 受領委任欄	この申請に基づいて支給される給付金の受領について、被保険者が勤務していた 事業所 _____ に委任します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申請人氏名 _____				

※受領方法は、上記の①、②いずれかを選択願います。

受付日付印

【添付書類】

- 死亡当時、あなたと被保険者が同居していたことを証明する「住民票謄本」
- あなたと死亡された方との身分関係を明らかにする「戸籍謄本」
(ただし、死亡当時同居していなかった等の理由から1の書類が添付できない場合のみ必要となります。)

※被保険者が死亡当時、あなたが被扶養者であったときは、1・2の書類の添付は必要ありません。