

両面印刷で  
出力してください

# 健康保険 被保険者 埋葬料（費）・埋葬付加金請求書

請求書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧に記入ください。

請求者 記入欄	保険者証 記号	9	番号	99999	生年月日	昭和 平成 令和	45年	10月	18日
	氏名 (請求者)	(フリガナ) ケンポ タロウ			自署				
情報 (※1)	住所 (請求者)	〒 999-9999 ○○県○○市○○町9-99							
	電話番号 (日中の連絡先)	999 (9999) 9999							

(※1) 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者証記号・番号」「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。  
「氏名」「住所」「電話番号」は実際に請求される方の情報をご記入ください。

請求内容	死亡年月日	令和 4年 2月 15日	死亡原因	虚血性心不全 (病名等を記入)		第三者行為による ものですか(※2)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	死亡した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 氏名 ( 健保 花子 ) ⇒ ①へ <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者) ⇒ ②へ						
	①被保険者	被保険者からみた 請求者との身分関係	夫	埋葬した 年月日	令和 4年 2月 18日	埋葬に要した 費用の額	750,000 円	
	②家族	死亡した方 の氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	埋葬 費
	右記に該当 する場合は記入 してください	① 当組合の被保険者だった方が、資格喪失後3か月以内の死亡の場合、死亡時の保 ② 当組合の被扶養者として入っていた保険者 請求者が被保険者(社員)のときは、必ず✓と日付を記入してください					以前加	保険者名 記号・番号
給付金の受領 について	請求者が被保険者の場合、右記に☑および日付を記入 <input type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主に委任します。 (ウンナナクール、ランジェノエル所属、任意継続、資格喪失者は不要です)						令和 年 月 日	
請求者が被保険者以外の方、ウンナナクール、ランジェノエル所属の方、任意継続者、資格喪失者（請求後に退職予定の方も含む）は、請求者名義の振込口座をご記入ください。								
金融機関	銀行コード	9999	●●●	銀行 信用金庫 信託銀行	店番	999	△△△△ 支店	
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)	999999	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ			

(※2) 「はい」の場合はワコール健康保険組合までご連絡ください。

事業主 証明欄	死亡した方の 氏名	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した 年月日	令和 年 月 日死亡
	上記のとおり相違な	事業所ビル名			
	事業主所在地	事業主が記入します			
	事業主名称	確認者	担当者		
	事業主氏名				

添付書類等、詳細については裏面を必ずご確認ください。

健康 保険 組合 使用欄	取得日	昭・平・令	年 月 日	喪失日	令和	年 月 日
	健康保険組合 記入欄					

受付日付印

## ■ 提出先

この請求書を、所定事項をご記入のうえ、所属事業所の人事総務部門に提出してください。  
 ※ 任意継続者、退職者等は直接、ワコール健康保険組合に提出してください。（事業主証明欄）

**記入例の場合**  
 ・ 請求者の夫が被扶養者のときは、添付書類は不要です。  
 ・ 夫が被扶養者ではないときは、亡くなられた被保険者との関係性がわかる書類(住民票などを)添付してください。

## ■ 添付書類

死亡した方	請求者	添付書類
被保険者	被扶養者	不要（事業主の証明のみ）
	被保険者により生計が維持されていた被扶養者以外の方	<input type="checkbox"/> 住民票など、請求者と亡くなった方との関係性がわかる書類 （住居が別の場合は、定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳等のコピー、または亡くなった被保険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など）
	家族や身近な人がまったくいない場合で、実際に埋葬をおこなった方が請求するとき	<input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の領収書の原本 （支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの） <input type="checkbox"/> 上記費用の明細書（※1） （費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること）
被扶養者	被保険者	不要（事業主の証明のみ）

（※1） 費用の範囲は、葬儀代のほかに霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼代なども含まれます。飲食代や香典返しは含みません。

◎ 事業主の証明を受けられない場合（任意継続者、退職者等）は、上記に加え下記書類を提出してください。

市区町村長の埋葬許可証または火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれかの写し

提出先：ワコール健康保険組合 〒601-8530 京都市南区吉祥院中島町2-9

【補足】

・ 任意継続被保険者の方が亡くなられた場合は、保険証もあわせてご返却ください。

・ 任意継続被扶養者の方が亡くなられた場合は、別途「健康保険被扶養者（異動）届」もあわせてご提出ください。

## ■ 支給を受ける要件

### ① 埋葬料について

被保険者が業務外の事由により亡くなった場合、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方に「埋葬料」が支給されます。また、被扶養者が亡くなった場合は「家族埋葬料」が支給されます。

※ 「埋葬料」は、死亡の事実またはその確認があれば支給されるもので、埋葬をおこなったことは要件とされていません。仮埋葬や葬儀をおこなわない場合でも支給されます。

### ② 埋葬費について

埋葬料を受けられる方がいない場合には、実際に埋葬をおこなった方に、埋葬料（5万円）の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する「埋葬費」が支給されます。

※ 「埋葬費」は、実際に埋葬をおこなった方に支給されるため、埋葬をおこなった事実が必要であり、埋葬をおこなった後でなければ埋葬費を請求することはできません。

※ 実際に埋葬に要した費用は祭壇一式料のほか、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬代、僧侶の謝礼などの実費額です。

## ■ 支給額

死亡した方	支給対象となる方	支給額
被保険者	① 被扶養者、または被保険者により生計を維持されていた方	埋葬料 50,000円
	② 上記①の対象者がいない場合、実際に埋葬をおこなった方	50,000円の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額
被扶養者	被保険者	家族埋葬料 50,000円

## ■ 注意事項

- 提出内容により、上の添付書類の他に提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。
- 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。埋葬料（費）の時効の起算日については「死亡日の翌日（ただし埋葬費については埋葬を行った日の翌日）」となります。
- 請求書の受付締めは毎月末日（健康保険組合必着）、支給日は翌月25日（休日の場合は前日）に給与口座へ振り込みます。 ※被保険者以外の方、事業所がウナナナクル、ランジェノエルの方、任意継続者、資格喪失者は指定口座へ振り込みます。

詳細は、ワコール健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは？  
 > 死亡したとき からご確認ください。

ワコール健保

