

給付申請書名	埋葬料（費）請求書
目的	<p>◇被保険者および被扶養者が死亡した場合に申請する手続き。 また、被保険者であった人が以下の場合にも支給対象となる。</p> <p>① 資格喪失後3ヶ月以内に死亡した場合 ② 傷病手当金、出産手当金を受けている間に死亡した場合 ③ 傷病手当金、出産手当金を受けなくなった日から3ヶ月以内に死亡した場合 (※被保険者資格喪失後、被扶養者が死亡しても家族埋葬料は支給されない)</p>
提出締切	◇健保組合に25日までの到着分が翌月25日に支給予定となる(休日の場合は前営業日)(第一生命従業員は給与計上、任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金、但し、被保険者死亡の場合は、支社付替または指定口座へ振込、第一生命以外の会社の方は所属の会社から25日以降に支給される)

【記入見本】

【第一生命従業員(キャリアーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合 御中 受信No.

① **埋葬料(費) 請求書**
家族埋葬料

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

② 健康保険の資格情報

記号	2 × × ×	番号	1 0 × × × × ×	所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)	○ × 部 支社 課
被保険者(本人)氏名	第一 花子			資格取得年月日	S・H・F × × 年 × 月 × × 日
				資格喪失年月日	R 年 月 日

③ 死亡した者の氏名 第一 花子
 生年月日 昭和 × × 年 × 月 × 日
 被保険者(本人)との続柄 本人
 死亡原因 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
 死亡年月日 令和 × 年 × 月 × × 日
 埋葬費の額 100万 円
 請求者記入欄
 第三者行為により死亡の場合は、その事実ならびに第三者の住所氏名を記入(第三者行為による死傷病届を添付のこと)
 上記のとおり請求いたします
 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注2)
 被保険者に対する請求者の続柄(夫)
 住所 〒 × × × - × × × ×
 ○ ○ 都 道 府 県 ○ ○ 市 区 郡 ○ ○ × × 1 - 1 - △
 請求者 T E L × × (× × × ×) × × × ×
 氏 名 第一 太郎 昭和 平成 令和 × × 年 × 月 × 日生

④ 事業主証明欄

死亡した者の氏名	第一 花子		事業主名	第一生命保険株式会社
死亡年月日	令和 × 年 × 月 × × 日	死亡した者(○をつける)	被保険者	△ △ × ×
			被扶養者	

(注) 1. 添付書類については埋葬料(費)記入見本で確認して
 2. 受領委任については任意継続者・特例退職者是对
 3. 給付を受ける権利は、死亡した日もしくは埋葬を行

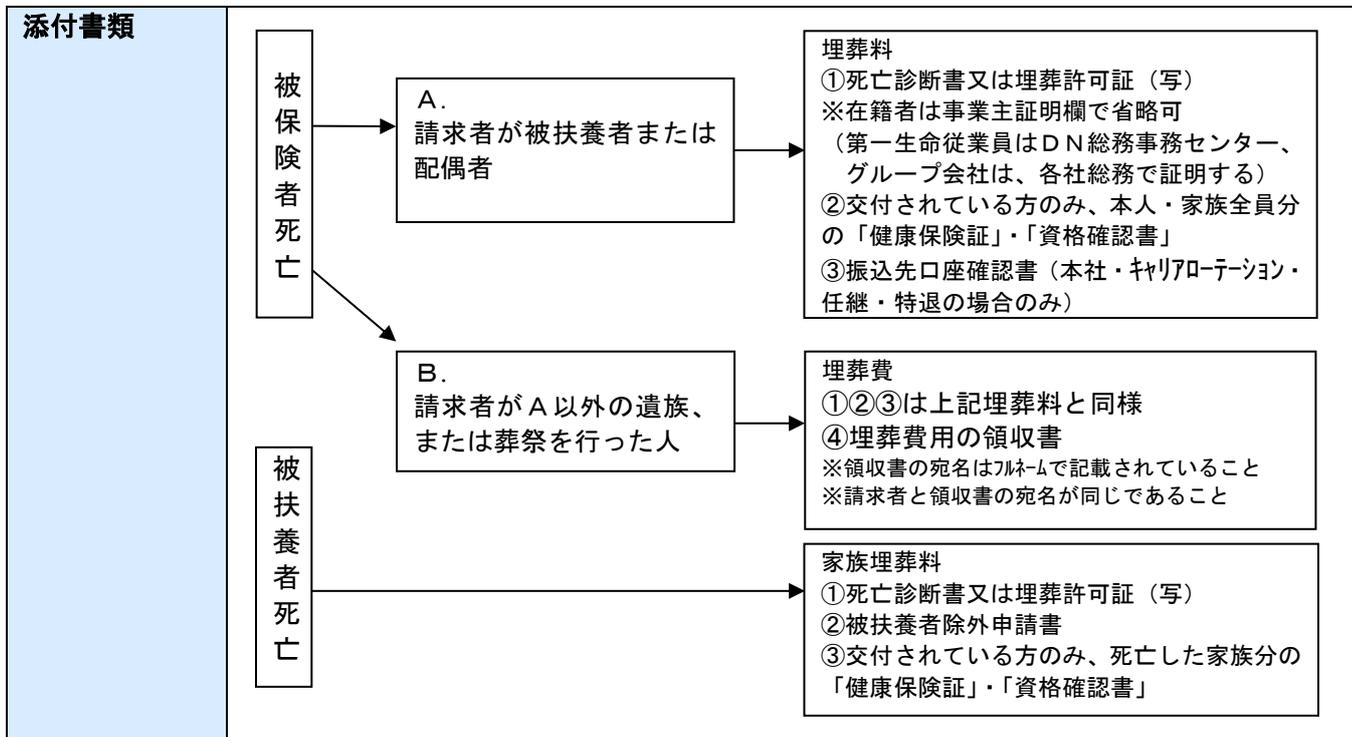
本人は記入不要
 ~本人死亡の場合~
 事業主証明があれば死亡確認書類は省略可。
 ① 第一生命従業員(キャリアーション含む)
 →DN総務事務センターにて証明
 ② グループ会社
 →各社総務等
 ③任意継続・特例退職者
 →記入不要

埋葬にかかった費用を記載概算で可

保険給付金

 円

決	常務理事	事務長	担当	検算	支	常務理事
定					払	



【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	標題	被保険者死亡 → 埋葬料（費） 被扶養者死亡 → 家族埋葬料
②	健康保険の資格情報	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。ただし、被保険者死亡の場合は以下の2または3のみ。不明の場合は未記入でも可。 1. 「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2. 「資格情報のお知らせ」 3. 「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者氏名、所属、資格取得日、被保険者死亡の場合は資格喪失日（死亡日の翌日）を記入する。
③	請求者記入欄	被保険者死亡→実際に埋葬を行った方が記入する。 被扶養者死亡→被保険者が記入する。
④	事業主証明欄	本人は記入不要 第一生命従業員はDN総務事務センター、グループ会社は各社総務で記入する。

Q & A

Q 1. 埋葬にかかった費用とは？

- A 1. 直接葬儀に要した実費をいいます。
- 実費として認められるもの・・・葬儀代、霊柩車、火葬料または埋葬料・葬式の際の供物代・僧侶への謝礼など
 - 実費として認められないもの・・・葬儀の際の参会者の接待費用・香典返しの費用など

Q 2. 業務上の原因で死亡したときは請求できますか？

- A 2. 業務上の原因または通勤途上の災害で死亡した場合は、埋葬料は支給されず、労災保険から葬祭料（葬祭給付）が支給されます。

振込先口座確認書は、本社、キャリアローテーション、任継、特退のみ添付してください。

令和×年×月×日

第一生命健康保険組合 行

振込先口座確認書
(健康保険給付金等)

(保険証記号番号 2XXXX-10XXXX) 第一 番号 控 宛先による
健康保険給付金・療養料請求(※)の依頼につき、下記の者を受取人としております。
ついては、下記口座宛てに送金いたします。

受取人氏名 第一 太郎 個人との名称 夫

受取人住所 〒XXXX-XXXX

〇〇番 〇〇番 〇〇×× 1-1-A

〇△× 銀行

△△△ 支店

(印)

口座番号 〇〇 12345678

フリック IDイキ タロウ

口座名義人 第一 太郎 (印) (捺印不可)

(差押料(※) 請求者と同一口座)

(※) ゆうちょ銀行は受付できません。
(※) 療養料の請求は任意継続者、特退退職者のみとなります。

P14