必ず各社事業主のご担当者様を経由して健康保険組合へ申請いただきます。

提出先

ご自身の所属している会社の、各事業所担当者様（人事・シェアードセンター・管理部門等）にお問い合わせください。
任意継続被保険者は直接キッコーマン健康保険組合へご提出いただくことも可能です。

注）事業所等を経由しますので給付までにお時間を要する場合があります

申請内容について

被保険者または被扶養者が業務外の事由により亡くなったときは、埋葬料（費）50,000円が支給されます。

下記　記入欄　は共通ですべてご記入ください。
　被保険者（本人死亡）の場合　　は①もご記入ください。
　被扶養者（扶養家族死亡）　　は②もご記入ください。

労災・通災に該当する場合は、労災保険からの給付（葬祭料）があるため、健康保険の埋葬料(費)は申請できません。

添付書類　死亡診断書または埋火葬許可証　　の写し

※被保険者死亡の場合、生計維持関係にあった方がいない場合は実際に埋葬を行った方に、埋葬に要した費用相当額（埋葬料の範囲内）が埋葬費として支給されます。別途領収書等の添付が必要となりますのでこの場合はご相談ください。

被保険者/家族　埋葬料（費）請求書

キッコーマン健康保険組合

記号	番号	被保険者又は 申請者　氏名 ふりがな 印 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。	住所
死亡した年月日　令和　年　月　日		死亡した原因	

記　入　欄

①

被保険者が死亡したための申請であるとき	
被保険者氏名	被保険者からみた 申請者との身分関係
埋火葬した日　令和　年　月　日	埋火葬にかかった費用　円

①または②　どちらか該当する方へご記入ください

②

家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき		
ご家族 （被扶養者）の氏名	生年月日	被保険者 との続柄

第三者の行為によって死亡した場合にはその内容
第三者行為による死亡の場合は　ご記入ください

死亡した者の氏名	区　分	死亡年月日
	☐被保険者　☐被扶養者	令和　年　月　日

記　入　欄

事業主の所在地・事業所名・氏名及び印　　年　月　日　上記の通り相違ありません