

葬祭費を申請される方へ

国民健康保険に加入していた人が死亡したときにその人の葬祭を行った人(葬祭執行者)が申請者となり給付を受けることができます。

※ ただし、国民健康保険に加入していた人であったとしても、以下の方は対象外です。

- ① 社会保険に本人(扶養ではない)として加入していた方が、社会保険の資格を喪失して3か月以内に死亡した場合
- ② 社会保険に本人(扶養でない)として加入していた方が、資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている間に死亡した場合
- ③ 社会保険に本人(扶養でない)として加入していた方が、②の継続給付を受けなくなってから3か月以内に死亡した場合

1 対象となる方

❖国民健康保険被保険者の葬祭執行者

2 支給金額

❖50,000円 (国民健康保険税に滞納があるときは、申請時に納税相談をしていただく場合があります。)

3 申請に必要なもの

- ❖葬祭執行者であることを確認できる書類
(会葬礼状、日程表、葬儀の領収書・請求書など死亡者名・葬祭執行者・葬祭執行年月日が確認できる書類)
- ❖死亡診断書の写し
- ❖通帳(葬祭執行者名義のもの)
- ❖死亡者本人の資格確認書、高齢受給者証(国民健康保険課に返却していない場合)
- ❖個人番号が分かるもの及び本人確認書類

4 申請窓口

- ❖国民健康保険課(西庁舎1階) ❖各行政センター・各連絡所
- ❖郡山市民サービスセンター(ビッグアイ6階)、緑ヶ丘市民サービスセンター

5 申請にあたっての注意点

- ❖葬祭費は、葬祭執行後に申請してください。
- ❖請求できる期間は、葬祭を行った日の翌日から2年間です。



【お問合せ先】

郡山市 国民健康保険課 給付係
電話024-924-2141
(平日8:30~17:15)

(作成日 令和8年8月1日)

※申請者（葬祭執行者）が郡山市に住民登録が無い場合、マイナンバー登録の公金口座を利用することができません。

記入例

国民健康保険葬祭費支給申請書															
被保険者 記号・番号	島3	123456	世帯主	郡山 太郎											
死亡者の 個人番号 ・氏名	マイナンバー(個人番号)をご記入ください。										※死亡者の被保険者 番号及びマイナン バー(個人番号)を記 載してください。				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
死亡年月日															
●● 年 ●● 月 ●● 日															
死亡の場所	郡山中央病院 ※死亡診断書の死亡したところの『施設の名称』を記載してください。但し、死亡したところが自宅やその他だった場合は『死亡したところ』を記載してください。														
死亡の原因	胃がん ※死亡診断書の「直接の死因」を記載してください。														
葬祭執行 年 月 日	●● 年 ●● 月 ●● 日														
葬祭を行う 者の氏名	郡山 次郎										死亡者との 続柄	子 ※			
支給申請額	50,000 円														
どちらかに チェック	公金受取口座は郡山市に住民登録がある方で口座登録が済んでいる方のみ選択可 ☐ 公金受取口座を利用します。(マイナポータルでの口座登録が済んでいる方のみ選択可) ☒ 下記口座を利用します。														
振込先 口座 (葬祭執行者)	郡山 銀行 金庫 本店 普通 口座番号 1234567 信組・農協 支店 当座 出張所 その他										口座名義人 (カタカナ) コリヤマ ジロウ				
	※ 摘要										銀行コード 口座名義人				
上記のとおり申請します。															
●● 年 ●● 月 ●● 日															
申請者 (葬祭執行者)	個人番号										1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
住所	郡山市朝日一丁目23番7号														
氏名	郡山 次郎										電話	024-924-2141			
郡山市長															
※ 受付時 の確認	戸籍簿、住民基本台帳、埋火葬許可簿										第三者行為による療養 有・無				
	受付者氏名														

1 ※印欄は、申請者は記入する必要ありません。

2 葬祭執行者であることを確認できる書類(会葬礼状、日程表、葬儀費用の領収書又は請求書など)を添付してください。

市 確 認 欄	受付者	個人番号の確認	☐ 個人番号カード・通知カード ☐ その他()
		申請人の本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他()
		代理権の確認	☐ 委任状 ☐ 医療保険被保険者証 ☐ その他()
		代理人氏名等	氏名() 申請人との関係()
		代理人の本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他()