

- 被保険者
 被扶養者(家族)

埋葬料(費)支給申請書

常務理事	事務長	担当者

被 保 險 者 (請 求 者) 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先				
	会社・事業所名		部署名				
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
	被保険者氏名						
	死亡者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 ① へ <input type="checkbox"/> 被扶養者 ② へ	続柄				
	死亡年月日	令和 年 月 日	埋葬年月日	令和 年 月 日			
	死亡要因						
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	通勤途上または業務中によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	① 被保険者(本人)が死亡した場合の申請						
請求者氏名		続柄 (本人との関係)					
請求者連絡先	住所	〒 -					
	電話						
振込先情報							
金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目 普通預金	口座番号	フリガナ	口座名義人
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください							
② 被扶養者(家族)が死亡した場合の申請							
在職中の給付金支払い に関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。						
添付書類：申請書にホチキス留めして下さい。							
死亡診断書・市区町村の埋火葬許可証・死体検案書・検視調書 いずれかの写し							
被保険者死亡の場合は下記該当する書類も添付して下さい。							
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当健保の被扶養者でない親族が申請する場合 → 戸籍謄本等の写し ・ 親族以外の方(友人等)が申請する場合 → 請求者宛の 埋葬に要した費用の領収書 埋葬内訳明細 							

事 業 主 の 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			【事業主へお願い】 ・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名 (サイン)を記入してください。 ←担当者データ印または朱印
	所在地 名 称			
	代表者氏名 住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。			
健 保 記 入 欄	支給額		支給日	令和 年 月 日
	備考			