

- 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 険 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
	被保険者氏名			年 月 日
	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	種目 普通預金
		支店 本店 出張所	口座番号 フリガナ 口座名義人	
添付書類	ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ) ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入			
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。 ・ 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】	
	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。	問合せ担当名	・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	
健保記入欄	支給額		支給日 令和 年 月 日	
	備考			