

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）支給申請書

被保険者（請求者） が記入するところ	被保険者証の記号・番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇	所属事業所及び部署名	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部 電話 〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇（内線〇〇〇）	
	被保険者（請求者）氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 健保	被保険者（請求者）住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 電話 〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇	
	生年月日	昭・平 61年7月31日	死亡原因	胃がん	第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	死亡した年月日	平成 27年8月2日	被扶養者が死亡したための請求であるときは、被扶養者氏名	健保 花子	生年月日 昭和 62年11月8日 被保険者との続柄 妻
	被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者氏名	生年月日	昭和 年 月 日	被保険者と請求者との身分関係	
	生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用	円

※死亡についての事業主の下記証明欄の押印、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。
 ※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本(費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。
 ※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)を添付してください。

事業主の証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 年 月 日
	所在地	
	事業主 名称	事業主の証明欄
	氏名	電話 ()

支払金融機関	〇〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 本店支店 金庫	
	金融機関コード(〇〇〇〇)	店番号 (〇〇〇〇)
	預金種別	普通・当座 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	ケンボ タロウ
	口座名義 ※被保険者名義	健保 太郎

平成 年 月 日提出
 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者の印	印
-----------------	----------

健保記入欄	支給額	法定給付	円	備考
		付加給付	円	
		合計	円	