

被保険者
被扶養者 埋葬料（費）支給申請書

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	ABC Corporation, 〇〇〇 Department 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 (内線〇〇〇)		
	請求者 (申請者) 氏名と印 生年月日	フリガナ John Smith (印)	被保険者 (請求者) 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo 電話 () 〇〇〇〇		
	死亡した 年月日	昭和 平・令 61年 7 月 1 日	死亡原因	Stomach cancer の行為による のものですか はい・いいえ		
	死亡された方 が被保険者の 場合	※死亡者氏名 Name of deceased if the insured person	昭和 平成 令和	Was it caused by the actions of a third party? / No		
	死亡された方 が被扶養者の 場合	※死亡者氏名 Bob Smith	昭和 平成 令和	62 年 11 月 8 日 被保険者 との続柄 Father		
	Insurance Card Code/Number		Date of birth	Cause of death	Date Deceased	Name of deceased if a dependent

※死亡した場合は、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書等を添付してください。
 ※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い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 所 事業主 名 氏	<p>The space the business owner writes</p>	日
-----------	---------------------------	--	---

支払金融機関	〇〇〇〇	銀行 金庫	〇〇〇〇	本店 支店	令和 年 月 日 提出 受付日付印
	金融機関コード()	店番号 ()	口座番号	〇〇〇〇	Pay to Account (In the name of the insured person)
	預金 種別	普通・当座	フリガナ	John Smith	
	口座名義 ※被保険者名義				

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	