

被保険者 埋葬料（費）支給申請書
被扶養者

請求者が記入するところ	被保険者等 記号・番号		所属事業所 及び部署名	電話	(内線)	
	請求者 (申請者) 氏名	フリガナ	請求者 (申請者) 住所	〒		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		電話	()	
	死亡した 年月日	令和 年 月 日	死亡原因	第三者の行為による 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		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	請求者と 被保険者 との続柄
	死亡された方 が被扶養者の 場合	※死亡者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
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	令和 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。				
	所在地	令和 年 月 日			
	事業主 名称				
	氏名	電話 ()			

支払金融機関	銀行 金庫	本店 支店
	金融機関コード()	店番号 ()
	預金 種別	普通・当座
	フリガナ	口座番号
	口座名義 ※請求者名義	

令和 年 月 日 提出
受付日付印

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

社会保険労務士等 提出代行者	
-------------------	--

健 保 記 入 欄	支給額	法定給付	円	備 考
		付加給付	円	
		合計	円	