

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	被保険者証の記号・番号		所属事業所及び部署名	電話 (内線)		
	請求者(申請者)氏名と印	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
	口座番号	
	フリガナ	
口座名義		
※請求者名義		

令和 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	Ⓜ
-----------------	---

健保記入欄	支給額	法定給付	円	備考
		付加給付	円	
		合計	円	