

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	所属事業所名 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)
	請求者 (申請者) 氏名 生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 昭・平・令61年 7月 1日	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
	死亡した 年月日	令和 元 年 8 月 2 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
	死亡された方 が被保険者の 場合	※死亡者氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和 62 年 11 月 8 日	請求者と 被保険者 との続柄 妻
	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

※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。			年 月 日
	所在地	事業主の証明欄		
	事業主 名称 氏名			()

支払金融機関	〇〇〇〇	銀行 金庫	〇〇〇〇	本店 支店
	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	ケンポ タロウ		
	口座名義 ※被保険者名義	健保 太郎		

令和 元 年 9 月 1 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	