

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	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		
		〇〇〇〇		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	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者 (請求者) 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		
	生年月日	健保 太郎		東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
		昭・平・令61年 7月 1日		電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
死亡した 年月日	令和 6 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、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。			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	健保 太郎		
	※被保険者名義			

令和 6 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	