

※支給決定日				支給決定日 平成 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担当	
	付加給付	款 項 目	円				
	合 計		円				

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金請求書

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成		年		月		日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成		年		月		日
	被保険者（請求者）氏名 生年月日	フリガナ		㊟		被保険者（請求者）住所		〒										
	死亡した年月日	昭和・平成 年 月 日						電話 ()										
	所属事業所及び部署名	電話 ()																
	死亡した年月日	平成		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								
被扶養者が死亡した場合 死亡した者の氏名・生年月日・続柄	フリガナ								被保険者との続柄		(備考)							
被保険者が死亡した場合 死亡した者の氏名・生年月日・身分関係 葬祭日・葬祭費用	フリガナ								被保険者と請求者との身分関係									
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	平成		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記入、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」（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（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。															
	平成 年 月 日															
	所在地															
	事業主 名称 氏名 ㊟ 電話															

委任状	私は、埋葬料・埋葬付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。															
	平成 年 月 日															
被保険者氏名 ㊟																

支払金融機関	任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合													
		支店番号	預金番号（右づめ）												
			普通・当座												
		名義人（フリガナ）													

平成 年 月 日提出

受付日付印