

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)・埋葬付加金支給請求書

被保険者(又は請求者)が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名 (社員番号)							
	資格取得 年月日	平・令	年	月	日	死亡年月日	令和	年	月	日	
	埋葬年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した 費用	円				
	死亡した原因						第三者行為によるものですか はい・いいえ				
	死亡した者の氏 名・生年月日	氏名	昭・平・ 令			年	月	日	被保険者 との続柄		
	振込先 ※1.は 被扶養 者埋葬 料の場 合のみ 使用	1.健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座)									
	2.1.以 外で希 望する 振込先	銀行 金庫		本店 支店	普通	NO.					
	口座名義(カタカナ記入):										

※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(費用の内訳として品目、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)を添付して下さい。

死亡に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 名称 所在地 氏名	
被保険者(又は請求者)が 記入するところ	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 TEL () メールアドレス 被保険者(請求者)氏名 日本イーライリー健康保険組合理事長 殿	受付日付印