

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	被保険者証の 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 日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿	受付日付印
-------------------------	---	-------

備考 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)  
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。  
①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点  
・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点