

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<br>記号・番号             | 記号<br>1                  | 番号<br>123              | 被保険者氏名<br>日本 一郎<br>(社員番号) 999 |
|  | 資格取得<br>年月日                | 平・令 20 年 9 月 1 日         | 死亡年月日                  | 令 * 年 3 月 25 日                |
|  | 埋葬年月日                      | 令 * 年 3 月 28 日           | 埋葬に要した<br>費用           | 100万 円                        |
|  | 死亡した原因                     | 心筋梗塞                     |                        | 第三者行為によるものですか<br>はい・いいえ       |
|  | 死亡した者の氏<br>名・生年月日          | 氏名 日本 うめ                 | 昭・平・<br>令 * 年 7 月 27 日 | 被保険者<br>との続柄 母                |
|  | 振込先                        | 1. 健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座) |                        |                               |
| ※1.は<br>被扶養<br>者埋葬<br>料の場<br>合のみ<br>使用 | 2.<br>1.以外で<br>希望する<br>振込先 | 銀行<br>金庫                 | 本店<br>支店               | 普通<br>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<br>事業主の証明 | 上<br><div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">この欄は、事業主に証明を依頼してください。</div> |
|------------------|--|

|                         |   |       |
|-------------------------|---|-------|
| 被保険者(又は請求者)が<br>記入するところ | 上記のとおり申請します。                              | 受付日付印 |
|                         | 令和 * 年 5 月 30 日                           |       |
|                         | 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇区〇〇4-1-6            |       |
|                         | TEL 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                     |       |
|                         | メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.com                      |       |
|                         | 被保険者(請求者)氏名 日本 太郎<br>日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿 |       |