

埋葬料（費）支給申請書

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。番号の枝番は記載不要です。

被保険者証 記号	9999	番号	999999
被保険者氏名	日発 太郎 昭 平 ××年 ××月 ××日生		

亡くなられた方

ご家族の死亡では被扶養者認定されていた方のみ申請可能です。

フリガナ氏名	日発 〇〇	被保険者との続柄(××)	××
被保険者が死亡の場合の申請者	埋葬した方が申請される場合はこちらに記入します。		被保険者との続柄()
死亡年月日	令和 ××年 ××月 ××日		
死亡原因	多臓器不全		埋葬費用を記入します。葬儀代、霊柩車代、霊前供物代、お布施代など
第三者の行為によりますか	いいえ . はい →別途届出（第三者行為に関する）		
埋葬した日	令和 ××年 ××月 ××日	要した費用	円

上記金額の受領を右記のものに委任します。

委任者

〇〇〇株式会社
代表取締役社長 〇〇〇

下記□を確認✓

- この提出について申請者本人が作成しました。
- 記載内容に誤りがないか確認しました。

令和 2 年 8 月 31 日

申請者氏名

日発 太郎

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

記入した日

事業主の証明

死亡した方の氏名	(被保険者 / 被扶養者)		
死亡年月日	令和	年	月 日
上記のとおり相違ないこと	埋葬料（費）の申請は、被保険者が在籍している事業所の証明が必要です。任意継続の方は別途ご案内します。		
令和	年	月	日
事業主氏名			

注意事項

- ①被保険者死亡の場合は死亡診断書、住民票(写)を添付してください。
※住民票は、被保険者と申請者の同居・非同居が判別できるものがが必要です。
- ②申請者が別居の場合、上記①に更に埋葬費の領収書(写)を添付してください。

事業所確認

--	--

以下は健保組合使用欄

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者