

被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

申請者が記入するところ	被保険者証 記号	○ ○ ○	番号	△ △ △ △			
	申請者氏名	健 保 花 子				事業所名	〇〇〇〇株式会社
	申請者住所	〇〇〇〇〇〇1-1					
	死亡した方について	氏 名	健 保 太 郎			生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	死亡した年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	死亡原因	大腸がん			
	①埋葬した年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	②埋葬に要した費用	〇〇〇〇〇〇 円			
	③死亡した方と申請者の続柄	妻		交通事故等、第三者の行為による死亡ですか	はい・いいえ		

※ 被保険者が死亡した場合で、被扶養者や配偶者以外の方がこの申請をする場合は埋葬に要した費用の領収書を添付して下さい。
※ 死亡が第三者の行為(交通事故など)による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。

委任状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。	
	申請者氏名	健 保 花 子
状	事業所代理人氏名	

事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	被保険者 ・ 被扶養者	
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。		

令和 年 月 日

住 所

事 業 主

氏 名

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印

支給支払決議	支 給 額	円	伺 年 月 日	常務理事	事務長		係
			支給年月日				