

被保険者・被扶養者(家族) 埋葬料(費) 請求書

※申請書は黒のボールペン(消えないペン)でご記入ください。

- ◎ 埋葬料の請求は、死亡した被保険者に生計維持されていた者(例妻)ができません。
- ◎ 埋葬料の請求は、埋葬料の請求者がいない場合に請求でき、埋葬に要した請求書と領収書を添付して下さい。
- ◎ 業務上の原因、通勤途上の災害による死亡は、埋葬料(費)は支給されません。
- ◎ 死亡が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。

◎ この請求書に記載されている個人情報 は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

請求者が記入するところ	被保険者証	記号	事業所名(または勤務していた事業所名)			
		番号				
	被保険者氏名(請求者)	フリガナ	被保険者(請求者)と死亡した者の続柄			
	※被保険者が死亡した場合は請求者氏名					
	死亡した者の氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		
	被保険者(請求者) 現住所	〒 -		自宅電話		
				携帯電話		
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因(傷病名)			
	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円		
	死亡が第三者の行為によるものですか	ア はい (第三者の氏名と住所 →) イ いいえ				
老人保健法の医療を受けたとき	市区町村番号	受給者番号	発行機関名			

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した年月日	令和 年 月 日死亡
	死亡した者は	ア 被保険者		イ 被扶養者
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名			
	事業主名			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	被保険者(請求者)氏名			
	住所 代理人の 氏名			

★ 被保険者の死亡による請求は、請求者の方の名義の「支払金融機関欄」を記入してください。

支払金融機関	金融機関コード		支店番号	
	銀行金庫		本店支店	
	口座番号	普通・当座		
	口座名義(カタカナ)			

★ 市町村長の埋葬許可証(写)、火葬許可証(写)または死体検案書(写)、検視調書(写)または死亡診断書(写)等を添付してください。

全日本理美容健康保険組合

受付日付印