

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。

◎この請求書に記載されている個人情報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。
 ◎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。

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