

被保険者
被扶養者 埋葬料（費）支給申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	社員番号					所属及び 部署名					
	個人番号(※) マイナンバー								※記号・番号がわからない場合のみ記入してください					
	被保険者 (請求者) 氏 名	フリガナ				住 所 電話番号 (日中の連絡 先)	〒 -							
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日					電話 ()							
	死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日				死亡原因					第三者の行為による ものですか			
									はい ・ いいえ					
	被扶養者が死亡したた めの請求であるときは、被扶養者氏名					生年月日	昭和 平成 年 月 日				被保険者 との続柄			
	被保険者が死亡したた めの請求であるときは、被保険者氏名					生年月日	昭和 平成 年 月 日				被保険者と請 求者との身分 関係			
生計維持されていなかった者が 請求する場合		埋葬した 年月日	令和 年 月 日				埋葬に要した 費用	円						

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀 行 信用金庫						本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						口座名義 (カタカナ)			

事 業 主 の 証 明 す る 欄	上記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 主 名 称											
	事 業 主 氏 名											
	電 話 番 号											

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、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）を添付してください。

受付日付印