

被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬付加金支給申請書

扶養者
確認印

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号		請求者の氏名と印		印	
	請求者の現住所		(〒)			
	被保険者の勤務していた、又は勤務する事業所の名称		課名(内線)		()	
	死亡した年月日		年 月 日	死亡した原因		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の					
	氏名		埋火葬した年月日	年 月 日	埋葬に要した費用	※① ¥ (別紙証拠書の通り)
	被保険者の最後の標準報酬月額		千円	死亡した被保険者と請求者との身分関係		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の					
	氏名		生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
	高齢者医療制度(老健)に該当する者の請求であるときの記入欄					
	市町村番号		受給者番号		発行機関名(市町村) (備考)	
	振込銀行 (退職後の請求のみ記入)		銀行 支店 普・当 預金NO.		(フリガナ) 口座名	

※① 死亡した被保険者により生計を維持されていた者がいないときに記入し「証拠書」を添付して下さい。

[備考] 在籍者への給付は給料振込みとする。

事業主証明欄	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
	事業主 名称		氏名	印

伊藤忠健康保険組合

[添付書類]

(受付印)

死亡診断書(写)又は埋葬許可証(写)

*記載いただいた個人情報は、保険給付の目的以外には使用致しません。