

埋葬料(費)支給決定額 _____ 円

埋葬附加金支給決定額 _____ 円

埋葬料(費)・埋葬附加金
家族埋葬料 請 求 書

記号	番 号	事業所の名称	被保険者氏名	標準報酬月額
1	12345	〇〇株式会社	健保 太郎	千円
死亡した者の氏名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日
				昭和 平成 31年 12月 30日 (満63歳) 令和
死亡年月日	平成 令和 6年 4月 1日	埋葬年月日	平成 令和 6年 4月 3日	
死亡原因 (病名等)	肺がん			
(被保険者が死亡した場合) ※埋葬料として請求する場合は埋葬に要した費用の記入の必要はありません。				
請求者氏名	健保 花子	被保険者と 請求者の 身分関係	妻	埋葬に要 した費用
				〇〇〇〇〇円
第三者行為によって死亡した場合には その事実並びに第三者の住所及び氏名 (住所及び氏名が不詳の場合はその旨)	第三者行為とは 交通事故など、他人の加害 行為が原因となるもの			
上記により請求いたします。	〒799-0101 被保険者 住所 愛媛県四国中央市三島神屋町△番地 又は 電話 0896-12-3456 請求者の 氏名 健保 花子			
(委任の場合)	を代理人と定め、上記給付金の受取方を委任します。			
(振込先金融機関名)	支店名	普通・当座	(口座番号)	(口座名義)
ふりがな	ふりがな			ふりがな
いよ 伊予	みしま 三島 支店	普通	1 2 3 4 5 6 7	けんぼ 健保 花子
事業主 証明欄	上記の者は _____ 年 月 日 死亡したことを証明する。	(事業主の住所、氏名及び印)		
	上記の者は上記被保険者の被扶養者 であったことを証明します。	事業所にて記入欄		