

被保険者 埋葬料(費)・同付加金 支給申請書 <被保険者(本人)が亡くなったとき>

亡くなった方	保険証 記号・番号	記号	番号	事業所名			
	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月 日
	死亡原因			死亡年月日	平成	年	月 日
	第三者行為による 死亡ですか	いずれかに○ はい いいえ	→「はい」 の場合に○		1 第三者が不明 2 第三者から埋葬料(費)の補償がない ※第三者から補償がある場合は埋葬料(費)の請求はできません		
申請者について	申請者は被保険者と 生計維持関係がありました か	いずれかに○ はい いいえ	→「いいえ」の 場合に記入		埋葬日	平成	年 月 日
	大阪読売健康保険組合 殿 上記の通り請求します。				埋葬費用	円	
	住所：〒 -				氏名： ⑩		
	平成 年 月 日				被保険者との続柄・関係： 電話番号： ()		

振込先	振込銀行口座を記入してください。			
	銀行名	支店名	口座番号	フリガナ
			普通	口座名義

<添付書類>

※他の申請・届出と重複する場合は兼用可。

- 被保険者の死亡を証明する書類（死亡診断書、埋葬許可書または火葬許可書、住民票の除票の写しなど、いずれか）。
- 被扶養者以外の方が申請する場合は下記の証明書類も追加してください。

申請者	必要書類		
被保険者と生計維持関係 があった方	同居の場合	■住民票（被保険者の除票含む、続柄記載の世帯全員のもの）の写し	
	別居の場合	■被保険者との生計維持関係を確認できる書類（送金証明など）	
上記以外で 葬儀をされた方	■埋葬費用の領収書の写し（被保険者と申請者の氏名が記載され、費用の項目が確認できるもの） ※費用の範囲は、葬儀代、霊柩車代、霊前への供物代など（飲食代は含みません）		

備考	
----	--

※申請者と受取人(振込先)が異なる場合

委任状欄	本請求に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。			平成 年 月 日
	申請者 (委任者)	氏名	⑩	
	受任者	氏名	⑩ 被保険者との続柄・関係	
	本件委任に至った経緯（できるだけ詳しく）			

事業主住所氏名及び印	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	⑩
電話	

社会保険労務士の提出代行者印		
健康保険組合使用欄		
支給決定額	法定給付	円
	付加給付	円

受付印