

# 家族 埋葬料・同付加金 申請書

＜被扶養者（家族）が亡くなったとき＞

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所名	※任意継続加入者は「任意継続」と記入		
	氏名			電話番号	勤務先	( )	
					自宅	( )	
	被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。						
振込先	銀行名	支店名		口座番号	フリガナ		
				普通	口座名義		
亡 く な っ た 被 扶 養 者	氏名			続柄		生年月日	昭和 年 月 日 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	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		
大阪読売健康保険組合 殿							
上記の通り請求します。				被保険者住所：〒 _____			
平成 年 月 日				被保険者署名： _____ (印)			

＜添付書類＞ ※他の届け出、申請と重複する場合は兼用可。

■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）

備考	
----	--

事 業 所 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	平成 年 月 日	所在地： _____
	担当者氏名：	事業所 名称： _____ 代表者氏名： _____ (印)
		電 話： _____ ( )

社会保険労務士の提出代行者印	

受付印