

被保険者  
 被扶養者 **埋葬料(費)請求書**

注意事項を読んでいただき、記入もれ・添付書類もれのないように提出してください。

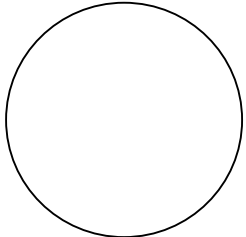
受付番号 \_\_\_\_\_

請求者が記入するところ(すべて記入してください)	(1) 被保険者証記号と番号	記号		(2) 被保険者氏名	(フリガナ)
		番号			
	(3) 事業所名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
				(4) 死亡した方氏名	被保険者との続柄 ( )
	電話番号	( )		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	(5) 被保険者住所	〒 -			
		電話 ( )			
	(6) 死亡の原因	傷病名等		(7) 外因によるものですか * 注意事項を確認のうえ記入してください。	<input type="checkbox"/> はい (負傷原因届を添付してください) <input type="checkbox"/> いいえ
	(8) 死亡年月日	令和 年 月 日		(9) 埋火葬年月日	令和 年 月 日
	<b>◎被保険者が死亡した場合の申請については、以下も記入してください。</b>				
(10) 請求者氏名と印	(フリガナ)		(11) 被保険者との続柄(身分関係等)		
		印	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	
(12) 請求者住所	〒 -				<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
(13) 被保険者との生計維持関係の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※無の場合は、(14)の記入と下記の〔添付書類〕2.が必要です。	
(14) 葬儀に要した費用			円 (仕出し、粗供養等の費用は除いて記入してください)		
(15) ※任意継続・特例退職制度の加入者は記入してください。 請求者の振込先金融機関情報			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 支店 (店番号 ) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号		
	(フリガナ) 名義人名			※請求者名義の振込先を記入してください。	

事業主が証明するところ	(16) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	は、上記のとおり 令和 年 月 日に死亡したことを証明します。
	〒 -	令和 年 月 日
	所在地	
事業主又は事業主代理人	名称	
	氏名	電話 ( )

**【注意事項】**  
 \*外因によるとは、事故等による外傷や自(他)殺、不詳によるもので、病死及び自然死以外のことです。  
**【添付書類】**  
 1.退職後(任意継続被保険者または特例退職被保険者等)の場合、事業主の証明が出来ませんので「死亡診断書」または「埋火葬許可証」の(写)を添付してください。  
 2.被保険者の死亡で請求者がその被保険者と生計維持関係がないときは、(14)欄の葬儀に要した費用を記入し、その領収証(請求者のフルネームが記載されたもの)及び明細書(いずれも原本)を添付してください。

受付年月日



備考欄  
 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)