

同年月日	令和 年 月 日	
決裁年月日	令和 年 月 日	
支給額	円	
支給内訳	埋葬料	円
	埋葬料付加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	部長	係
資格取得	昭和・平成・令和	年 月 日	
資格喪失	令和	年 月 日	
支払年月日	令和	年 月 日	

被保険者  
家 族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

※申請書は消えないボールペンで記入してください。

①被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者(申請 者)の氏名	フリガナ		
	番号				
被保険者(申請 者)の住所	〒		日中の連絡先 TEL ( )		
②事務所の名称 および部署			内線 - TEL ( )		
③ 死亡した 年月日	令和 年 月 日	④ 死亡原因			⑤第三者行為に よるものですか いいえ・はい 「はい」の場合は「第三者行為に よる傷病届」を提出してください
⑥被保険者が死 亡したための請 求であるとき	(ア)被保険者氏名			(イ)葬儀を行った 年月日	令和 年 月 日
	(ウ)埋葬に要した 費用の額	円		(オ)被保険者からみた 申請者との身分関係	
⑦被扶養者が死 亡したための請 求であるとき	(ア)被扶 養者氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄

⑧該当する場合は記入してください

- 被保険者が死亡したとき⇒当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となり、**3カ月以内**に死亡した場合
- 被扶養者が死亡したとき⇒被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、**3カ月以内**に死亡した場合

保険者名	記号番号	被保険者氏名(世帯主)	被保険者との続柄
⑨介護保険法の サービスを受けて いたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称

事業主の 証明欄	⑩ 死亡した方の 氏名	⑪ 被保険者・ 被扶養者の別	被保険者 被扶養者	⑫死亡 年月日	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日
	事業主住所	⑬ 事業所名称	事業主氏名	TEL ( )	

⑭ 振込希望銀行	金融機関 名称	銀行 金庫 信金 その他( )	本店 支店 本店営業 出張所		
	預金種別	普通	口座番号 (右づめで記入)		
	口座名義 (カタカナ)			口座名 義の区 分	1.申請者 2.代理人

「2.代理人」の場合は必ず記入してください。

⑮ 受取代理 の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所に同じ		
代理人 (口座名義 人)	住所	〒		TEL ( )
	氏名	(フリガナ)		

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付目付印