

扶養者  
確認印

被保険者  
家 族

埋葬料(費)・埋葬付加金支給申請書

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号		請求者の 氏名		
	請求者の現住所	(〒 )			
	被保険者の勤務し ていた、又は勤務 する事業所の名称		課 名 (内線)	( )	
	死亡した年月日	年 月 日	死亡し た原因		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の				
	氏 名		埋火葬し た年月日	年 月 日	埋葬に 要した 費用 ¥ _____ ※① (別紙証拠書の通り)
	被保険者の最後の 標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と 請求者との身分関係		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の				
	氏 名		生年 月日	年 月 日	被保険者との 続 柄
	高齢者医療制度(老健)に該当する者の請求であるときの記入欄				
	市町村番号	受給者番号	発行機関名(市町村)	(備考)	
	振 込 銀 行 (退職後の請求のみ記入)	銀行	支店 普・当 預金NO.	(フリガナ) 口座名	

※ ① 死亡した被保険者により生計を維持  
されていた者がいないときに記入し  
「証拠書」を添付して下さい。

[備考] 在籍者への給付は給料振込みとする。

事 業 主 証 明 欄	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日  事業主 名称 氏 名 印			

伊藤忠健康保険組合

[添付書類]

( 受 付 印 )

死亡診断書(写)又は埋葬許可証(写)

\*記載いただいた個人情報は、保険給付の目的以外には使用致しません。