|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  家 族 埋葬料(費) ･ 埋葬付加金支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 扶養者  確認印 | 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。 　　　　　　　　 伊藤忠健康保険組合 |
|  |
| 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） | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)    　 銀行 　支店 普･当 預.金ＮＯ． 口座名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | [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  名 称  事業主  氏 名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

［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。**