|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  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 |  被保険者等の 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。**