

給付09

被保険者
家 族

埋葬料(費)請求書

被保険者または請求者が記入する欄	被保険者証記号・番号	記号	番号	所 属			
	死亡年月日	令和 年 月 日		死亡の原因			
	被保険者が死亡した場合	氏 名		生年月日	年 月 日		
		埋葬に要した費用		※ 円	被保険者と請求者との関係		
	被扶養者が死亡した場合	氏 名		生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
	死亡が第三者の行為による場合	事故の状況					
		加害者の氏名・住所					
	上記のとおり請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。						
令和 年 月 日 ャ - 請求者 住 所 氏 名 田辺ファーマ健康保険組合理事長殿 電話 - -							

振込希望銀行 (資格喪失者(退職者)のみ記入、ゆうちょ銀行除く)	[] 銀行 [] 支店 (普通) 口座番号[] 口座名義(カタカナ)[]
-------------------------------------	---------------------------------------------

2025.11.01

<注意事項>

※印の「埋葬に要した費用」欄は、被保険者が死亡した場合で埋葬料を請求する家族がなく、埋葬を行った人が埋葬費(実費)を請求する場合にのみ記入してください。

<添付書類>

- 死亡診断書または埋火葬許可書(いずれも写しで可)
- 死亡した被保険者の埋葬料(費)請求が被扶養者以外の者により行われる場合は、戸籍謄本または抄本(写しで可)
- 死亡した被保険者と生計維持関係がない者が埋葬(葬儀)を行った場合は、(1)死亡診断書、(2)埋葬費用の領収書