

被保険者
家 族

埋葬料（費）支給申請書

Ⅰ. 申請内容(申請者が記入)													
① 申請者の署名、捺印欄													
カヤバ健康保険組合 理事長殿													
下記の通り申請いたします													
令和 年 月 日													
住所 (〒 -)													
氏名				署名または記名押印				電話番号					
(社員番号)				⑩				()					
② 被保険者等 記号・番号		記号		-		番号		記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい					
				-									
③ 死亡した 年月日		令和 年 月 日				④ 死 亡 原 因							
⑤被保険者が死亡 したための申請で あるとき		ア 被保険者 の氏名						イ 埋葬に要した 費 用 額					
		ウ 死亡した被保険者と 申請者との身分関係						エ 埋葬した 年月日		令和 年 月 日			
⑥被扶養者が死亡 したための申請である とき		ア 被扶養者 の氏名						イ 生年 月日		昭和 平成 年 月 日 令和			
										ウ 被保険者 との続柄			
⑦ 振込希望の銀行（※給与振り込み口座の無い方のみご記入下さい）													
口座番号（左づめ） 口座名義（カナ）													
銀行 本/支店 普通 口座番号（左づめ） 口座名義（カナ）													
⑧ 委任状：申請金額の受領を下記の代理人に委任します。													
《代理人の記入するところ》													
代理人													
住所 〒													
氏名													
Ⅱ 事業主証明欄													
⑨死亡した 方の氏名				⑩死亡した 方 (どちらかに○)		被保険者 被扶養者		⑪死亡した 年月日		令和 年 月 日 死亡			
⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。													
事業主 住所 〒													
氏名													
電話													

注 1.事業主の証明を得ないで申請する場合は、この申請書に市区町村の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書死体検案書、又は検視調書の写を添付してください。

2.被保険者が死亡し、その埋葬を家族以外の人が行い申請する場合は埋葬に要した費用の証拠書類を添付してください。

3.死亡した被保険者の家族が埋葬を行い、申請者となる場合は、その続柄を証明する書類の提出をお願いする場合があります。

《カヤバ健保記入欄》

支 給 決 議 書	金 額		¥	伺：令和			
				常務理事	事務長	係	備考
	資	得	平・令 年 月 日				
	格	喪	平・令 年 月 日				

カヤバ健康保険組合

