

被保険者・家族(被扶養者) 埋葬料(費)支給申請書

申請者が記入するところ	被保険者証	記号	事業所名(または勤務していた事業所名)		
		番号			
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ	被保険者と申請者との続柄		は
	被保険者(申請者)現住所	〒	自宅電話		
			携帯電話		
	死亡した被保険者の氏名 →				
	被扶養者が死亡したための申請であるときはその者の	フリガナ	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因(傷病名)		
	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円	
	死亡が第三者の行為によるものですか	ア はい(第三者の氏名と住所 →) イ いいえ			
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した年月日	令和 年 月 日死亡	
	死亡した者は	ア 被保険者		イ 被扶養者	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
	事業所所在地	事業所名			
	事業所名	事業主名			

◎この申請書に記載されている個人情報には提供いたしません。

◎埋葬料の申請は、死亡した被保険者に生計維持されていた者(例妻)ができません。
 ◎埋葬料の申請は、埋葬料の申請者がいない場合に申請でき、埋葬に要した請求書と領収書を添付してください。
 ◎業務上の原因、通勤途上の災害による死亡は、埋葬料(費)は支給されません。
 ◎死亡が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

受付日付印

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。	
	被保険者(申請者)氏名	
	事業所所在地	事業主名(代理人)
	事業所名	事業主名

★被保険者の死亡による申請は、「支払金融機関欄」を記入してください。

支払金融機関欄	金融機関コード	支店番号
	銀行・金庫	本店・支店
	口座番号(普通・当座)	口座名義 フリガナ 氏名

東京都食品健康保険組合

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--

★ 事業主の証明を得ないで申請する場合は、死亡に関する証明書類(市(区)町村長の埋葬・火葬許可証の写し・死亡診断書・死体検案書・検視調書の写しなど)を添付してください。