

被保険者・家族(被扶養者) 埋葬料(費)支給申請書

◎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)ができます。 ◎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。	被保険者	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		
		氏名			
	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 事業主名				

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

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	

確認欄 <input type="checkbox"/>	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。 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・死体検査書・検視調書の写しなど)を添付してください。

◎この申請書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

東京都
食品健康保険組合