

被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	被保険者 (請求者) 氏 名				
	事業所の名称						
	被保険者（請求者） の郵便番号と現住所	〒 Tel - -					
	被保険者（本人）が死亡した場合に記入						
	被保険者の氏名				被保険者と請求者との 関係（続柄）		
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因 (傷病名等)			ア 業務外 イ 業務上 ウ 第三者行為によるもの	
	※親族以外（第三者）の者が埋葬した場合に記入		埋葬年月日	令和 年 月 日			
			埋葬費用 (証拠書類を添付)	円			
	被扶養者（家族）が死亡した場合に記入						
	死亡した 被扶養者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄		
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因 (傷病名等)			ア 業務外 イ 業務上 ウ 第三者行為によるもの		
任意継続、退職者及び 被保険者死亡の場合は 振込希望金融機関	金融機関名 (郵便局は除く)		支店名				
	<input type="checkbox"/> 口座名義人 (カタカナ)		普・当 口座番号				
	口座名義人電話番号 ()						

※死亡の原因が第三者行為（交通事故等）による時は、「負傷届」を提出してください。

※この申請には下記のいずれか1通を添付して下さい。

- ・埋葬許可書または火葬許可書の写
- ・死亡診断書の写
- ・死体検案書または検視調書の写
- ・戸籍（除籍）の写
- ・被保険者の死亡に関する事業主の証明書またはこれに代わる書類

※親族以外の知人等（第三者）が代わって埋葬した場合は、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類と埋葬費用の領収証（写）を添付して下さい。

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件支給決定してよろしいか			埋 葬 料	¥	支給
常務理事	事務長	係			
			家族埋葬料		