

被 保 険 者  
家 族

埋 葬 料（費）請 求 書

|           |                                                                        |                     |                                                     |           |  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|-----------|--|
| 請求者が記入する欄 | 被 保 険 者<br>の 記 号・番 号                                                   | —                   | 事 業 所<br>の 名 称                                      |           |  |
|           | 被 保 険 者 の 氏 名                                                          |                     | 被 保 険 者 の<br>生 年 月 日                                | ( ) 年 月 日 |  |
|           | 死 亡 し た 年 月 日                                                          | ( ) 年 月 日           | 死 亡 原 因 (病 名)                                       |           |  |
|           | 埋 葬 を 行 っ た<br>年 月 日                                                   | ( ) 年 月 日           | 埋 葬 に 要 し た<br>費 用 額                                | 円         |  |
|           | 第 三 者 行 為 に 因 っ<br>て 死 亡 し た 場 合 は<br>そ の 事 実 並 び に 第<br>三 者 の 住 所・氏 名 |                     |                                                     |           |  |
|           | 家 族 埋 葬 料 請 求 の 場 合 は<br>死 亡 し た 被 扶 養 者 の 氏 名                         |                     | 被 扶 養 者 の<br>生 年 月 日                                | ( ) 年 月 日 |  |
| 事業主の証明    | 死 亡 者 の 氏 名                                                            |                     | 左記のとおり相違ないことを証明します。<br>( ) 年 月 日<br>住所<br>事業主<br>氏名 |           |  |
|           | 死 亡 し た 者 の<br>区 分                                                     | * 被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 |                                                     |           |  |
|           | 死 亡 し た<br>年 月 日                                                       | ( ) 年 月 日           |                                                     |           |  |

|        |                                             |         |
|--------|---------------------------------------------|---------|
| 請求者    | ( ) 年 月 日<br>住 所 〒 -                        |         |
|        | フリガナ<br>氏 名                                 |         |
|        | 被 保 険 者 と の 関 係 * 本 人・配 偶 者・子・直 系 尊 属・そ の 他 |         |
| 給付金受取先 | 下 記 指 定 の 口 座 に 振 り 込 み 願 い ま す。 名 義 人      |         |
|        | ゆうちょ銀行                                      | 記 号 番 号 |
|        | フリガナ 銀行 フリガナ 本店 普通 口座番号                     |         |
|        | 金庫・農協 支店 当座                                 |         |

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

また、番号が他の人に見えないように封筒にいれて提出してください。

備考

- (注意事項)
- \* 欄は該当の文字を○で囲んでください。
  - 訂正箇所は二重線で抹消し、正しい記載と訂正者の押印をお願いします。
  - 家族の埋葬料請求の場合は給付金受取先の記入は不要です。  
(被保険者の給与振込口座へ振込します)

(添付書類)

死亡診断書の写  
死体検案書(検視調書)の写  
市区町村長の埋葬(火葬)許可証の写 } いづれか1通

◆埋葬費請求の場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付

家族埋葬料の請求者は原則として被保険者本人となります。

|           |
|-----------|
| 健 保 受 付 印 |
|           |