

被 保 險 者 家 族 埋 葬 料 請 求 書

被 保 險 者 ・ 被 扶 養 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名			印 <small>(回転印不可)</small>	
	事業所名 所属	(所属)			生年月日	(和暦) 年 月 日		
	被保険者の住所	〒 _____			TEL			
	死亡年月日	(和暦) 年 月 日			死亡原因 【※1】			
	被扶養者が死亡の場合	氏名				生年月日	(和暦) 年 月 日	続柄
	備考欄	<small>被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、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。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。</small>						
【※2】 被保険者が死亡し、家族以外の者が埋葬を行なった場合のみ記入								
埋葬を行なった者 の氏名および印				印 <small>(回転印不可)</small>	被保険者 との続柄	埋葬に 要した費用	*領収証を添付してください。 円	

事 業 主 証 明 欄	【※3】 死亡に関する事業主の証明欄						
	うへの者は、(和暦) 年 月 日 に死亡したことを証明します。						
	(和暦) 年 月 日						
	住所 (所在地) 事 業 主 名 氏 名 <div style="text-align: right;">印 TEL</div>						

委 任 欄	本請求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。						
	(和暦) 年 月 日						
	被保険者氏名 _____ 印 (回転印不可)						

受付日付印

振 込 先 記 入 欄	銀行コード		支店コード		口座番号				
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店		種 別	<input type="checkbox"/> 普通			
	<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組		<input type="checkbox"/> 支店			<input type="checkbox"/> 当座			
フリガナ _____									
【※4】 名義人 _____									

- 【注意事項】**
- ※1 … 第三者の行為により死亡した場合は「第三者による傷病届」を添付してください。
 - ※2 … ①被保険者により生計の一部分を維持した者であれば記入不要です。
 ②①以外 (維持した者が誰もいない) の場合、すべての記入が必要になります。
 - ※3 … 事業主証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書・埋葬許可証・死体検案書・検視調書のいずれかの写しを添付してください。
 - ※4 … 被保険者が死亡した場合または退職者のみご記入ください。