

申請者 ⇒ □ 在籍会社人事部門（確認）⇒ 荏原健康保険組合 ※任意継続の方は直接、健保組合へ提出

被保険者  
家族

## 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証	記号	番号	事業所名						
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因	第三者行為によるものですか	はい いいえ		
	亡くなられた方	被保険者 ▶ ①へ		家族(被扶養者) ▶ ②へ						
	① 被保険者	氏名				葬祭した日 (ご葬儀の日)	令和	年	月	日
		葬祭に要した 費用の額	円			被保険者からみた 申請者との身分関係				
	② 家族 (被扶養者)	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
	上記のとおり申請します。							令和	年	月
住所 氏名 荏原健康保険組合理事長 殿										

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。				令和	年	月	日
		住所							
		氏名							
代理人		住所							
		氏名							

振込先	金融機関名称	銀行	金庫						
		信組	農協						
		本店	支店						
		出張所							
	預金種別	普通		当座					
	口座番号								
	口座名義 (カタカナ)								

- ・死亡した方が家族の場合は被保険者本人名義の口座
- ・死亡した方が被保険者本人の場合は請求人名義の口座
- ・委任により代理受領する場合は代理人名義の口座

事業主証明欄	亡くなられた方の氏名	被保険者	家族	死亡年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。				令和	年	月	日
	所在地							
	事業所名称							
事業主氏名								

〈添付書類〉

- ・被保険者の死亡及び事業主の証明を得ないで請求する場合は、医療機関の「死亡診断書」又は「市区町村の埋葬許可証」等、死亡日が証明されているものの写しを添付してください。
- ・「被保険者本人」が死亡した場合で、死亡した方に家族がいいため、実際に埋葬を行った方が請求する場合は、「埋葬に要した費用の領収書 写し(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記されていること)」を添付してください。
- ・死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)届」をつかって添付してください。