

被保険者  
被扶養者

# 埋葬料(費)支給申請書

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

令和 年 月 日提出

被保険者(請求者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号			被保険者(請求者)住所	〒		—		
		番号								
	個人番号									
	社員番号									
	被保険者(請求者)氏名と印	フリガナ								
		⑩								
	生年月日	昭・平	年	月	日	電話	( )			
	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡原因			第三者の行為による ものですか	
								はい・いいえ		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、被扶養者氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄
被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者と請求者との身分関係	
生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日	平成	年	月	日	埋葬に要した費用	円			

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本(費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)を添付してください。

事業主の証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	所在地			令和 年 月 日
	事業主	名称	氏名	⑩
	電話			

支払金融機関	銀行	本店 支店	普通・当座
	名義人(フリガナ)		口座番号

ベンチャーバンク健康保険組合

受付日付印