

各地総務担当部門（大阪本社は人事部）宛

支給決定伺				常務理事	事務長	担当者	担当者
支給額	円	報酬月額	円				
埋葬料	被保険者法定給付	円		支給決定日	年 月 日		
	被扶養者法定給付	円					
	附加金	円		備考			
埋葬費		円		備考			

埋葬料（費）及び附加金申請書

申請者記入欄	健康保険被保険者証	記号	1	社員No.	1234-5	被保険者氏名	健保 太郎		
		番号	1234	事業所名	大阪本社				
	死亡した者の氏名		健保 太郎			生年月日	昭和 24 年 4 月 24 日		
	死亡年月日	平成 20 年 4 月 1 日			死亡原因	病死			
	埋葬した日	平成 20 年 4 月 15 日			埋葬に要した費用	円			
	被保険者との続柄		本人		第三者行為によるものですか	はい <u>いいえ</u>			
	被保険者が死亡したための申請で有る場合、被保険者と申請者の身分関係					妻			
	備考								
	上記により「埋葬料及び附加金」を申請します。 平成 20 年 4 月 20 日 提出日を記入して下さい					被保険者死亡による申請の場合は、申請者の連絡先を記入して下さい 社内便宛先又は住所 大阪市西区江戸堀 1 2 3 申請者 電話番号（内線）06(6447)0000 氏名 健保 花子 印			
	サカタインクス健康保険組合 理事長 殿								
事業主証明	死亡した者の氏名					左記のとおり相違無いことを証明します。			
	死亡年月日	年 月 日		死亡	年 月 日				
	被保険者で有るかどうか		被保険者・被扶養者						
	備考							印	
事業主の住所・氏名・印									

支払 受付

注意 1. 鉛筆書き、記入漏れは受け付けられません。

2. 死亡診断書、または市区町村長の埋葬許可証の写しを添付してください。

3. 被保険者が死亡した時に生計維持をされていた被扶養者以外が申請する場合は、被保険者との続柄がわかる書類（住民票等）を添付してください。

4. 生計維持をされている方が居ないため、埋葬費を申請する場合は、埋葬に要した領収書および明細書が必要です。

退職後（死亡退職を含む）の場合、振込銀行の指定（指定の無い場合は健保預かり）				被保険者との続柄	
フリガナ		フリガナ		申請者	
銀行名		本支店名			
種別	当・普・その他	フリガナ		口座名義人	
口座番号		口座名義人			