No.

※組合記入欄	死亡年月日	令和　年　月　日	決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者
	支給決定の額	法定　円	千円			
		付加　円	資格等	取得	昭和 平成 令和　年　月　日	
		合計　円		喪失	令和　年　月　日	
	埋葬に要した費用	円	備考			

健康保険 被保険者・家族 埋葬料・埋葬料付加金支給申請書

日揮健康保険組合　理事長　殿

令和　年　月　日　申請

被保険者または申請者が記入するところ				
① 被保険者証の	記号 / 番号	② 勤務している、または勤務していた事業所（会社）の名称	（任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。）	
③ 被保険者氏名	印	④ 生年月日	昭和 平成　年　月　日	
⑤ 申請者（③と同一の場合は記入不要）	㋐ 氏名　印	㋑ 死亡した被保険者と申請者との身分関係	□ 被扶養者（　） □ その他（　）	
⑥ 申請者の住所（申請者が⑤の場合に記入）	〒			
⑦ 死亡した者	㋐ 氏名			
	㋑ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	㋒ 被保険者との続柄	
	㋓ 死亡年月日	令和　年　月　日	㋔ 死亡原因	
	㋕ 埋葬年月日	令和　年　月　日	㋖ 埋葬費用	円
⑧ 備考				

委任状

本申請に基づく埋葬料および同付加金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。　令和　年　月　日

被保険者　氏名　印

代理人（事業主）　住所
氏名　印

事業主の証明

⑨ 死亡した者の氏名		⑩ 死亡者区分	被保険者（本人）・被扶養者（家族）
⑪ 死亡年月日	令和　年　月　日	⑫ 備考	

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

⑬ 事業主　住所
氏名　印

事業所担当者印

【注意事項】

1．この申請書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれかの写を添付して下さい。

2．死亡者が被保険者本人で、その被保険者に被扶養者（家族）がおらず、第三者の方がその者の埋葬を行い、本申請をする場合は埋葬に要した費用を記入し、領収書とその明細がわかる書類（見積書、請求書、領収明細書等）を必ず添付して下さい。

※　受付日付印