

支 給 支 払 決 定 伺					
支 給 金 額		¥		円	
給付決定日		令和		年 月 日	
常 務 理 事		事務長		係	

受 付 日 付

被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 （ 費 ） 請 求 書

令和 年 月 日請求

請求者が記入するところ	被保険者証 記号・番号		記号 番号		請求者の 氏 名			
	請求者の現住所							
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は ☒ ）							
	被保険者の勤務していたまたは勤務する事業所の名称							
	死亡した年月日		令和 年 月 日		死亡した原因			
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の							
	氏 名		(1)火葬した年月日		令和 年 月 日		(2)埋葬に要した費用 金 円 (別紙証拠書のとおり)	
	被保険者最後の標準報酬等級（月額）		千円		死亡した被保険者と請求者との 身分関係			
	振込希望口座		銀行 支店 フリガナ 種別 口座番号 口座名義 ※ 請求者名義の振込金融機関をご記入ください。					
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の							
氏 名		生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者との続柄		
備考								
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名				死亡した者は被保険者ですか		被保険者・被保険者ではない	
	死亡した年月日		令和 年 月 日		死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏名							

添付書類 ①死亡診断書（写）など死亡を証明する書類
②生計維持する被扶養者などを要しない被保険者が死亡した場合のみ埋葬に要した費用の明細書と領収書（支払った方のフルネームが記載されているもの）

三ツ星ベルト健康保険組合理事長 殿

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、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。）

備考欄	
-----	--