

提出先: 所属事業所経由→カゴメ健康保険組合

※保険給付費決定伺

起案

支払額	
死亡年月日	令和 年 月 日

常務理事	常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書
家 族

(太枠内を記入して下さい)

被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	事業所名	
			所在地	
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡原因		

■被扶養者が死亡したための申請であるとき

	生年月日	被保険者との続柄
被扶養者の氏名	昭和 平成 令和 年 月 日	

■被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名		埋葬に要した 費用額	金	円
死亡した被保険者と 請求者との身分関係		埋葬した年月日	令和 年 月 日	
請求者の振込先	銀行	支店	普通	
	口座No.	(フリガナ) 口座名義人		

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

請求者の
住所

請求者の
氏名及び印

カゴメ健康保険組合 殿

事業主 記入欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業主氏名

- 注 1. 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合はその続柄を証明する書類を添付すること。
2. 被保険者が死亡しその埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は埋葬に要した費用の証拠書を添付すること。
3. この申請書には市区町村長の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書死体検案書又は検視調書の写を添付すること
被保険者が死亡した場合は死亡に関する事業主の証明でもよい。