

決定年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	参事補	担当者
支給額					
41 (45)	円				
埋葬料 (費)					

被保険者・被扶養者 埋葬料 (費) 支給申請書

被保険者記入欄					
被保険者証記号及び番号	記号	番号	事業所名		
被保険者又は請求者氏名、印 (注4)	Ⓜ			被保険者との続柄	
死亡した者の氏名			死亡年月日	平成 年 月 日	
死亡の原因	死亡の原因は第3者の行為によるものですか はい・いいえ		①埋葬年月日	(注) 平成 年 月 日	
			②埋葬に要した費用	(注) 平成 年 月 日	円

事業主証明欄 (注3)	上記の通り相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主の役職名・氏名

受領委任欄	この給付金の受領を (役職名) (氏名)
	_____ Ⓜ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者又は 請求者氏名(注4)

- (注) 1. 死亡した被保険者によって生計を維持していた者が請求する場合は、領収書不要です。
2. 1以外の者が埋葬費の請求をする場合は、費用の詳細と領収書を添付して下さい。(上記①②の欄を記入して下さい。)
3. 事業主の証明の代わりに「死亡診断書」(写)又は埋火葬許可証(写)の添付でもよい。
4. 被保険者が死亡した場合は請求される方の氏名及び捺印を、被扶養者が死亡した場合は被保険者の氏名及び捺印をして下さい。