

健康保険 被保険者家族 埋葬料（費）支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者（申請者）氏名	フリガナ				
	死亡した者の氏名	フリガナ	死亡した者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	死亡した者と申請者との身分関係
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因		
	埋葬した年月日	令和	年	月	日	第三者の行為によるものですか 1. いいえ 2. はい	埋葬に要した費用	円
	被保険者（申請者）の振込先	銀行 支店 普通当座 No. 口座名義（カナ）						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者（申請者）氏名 電話 アボット健康保険組合理事長 殿								

- ◎死亡診断書、埋（火）葬許可書、除籍謄本、死体検案書のいずれか1つを添付（写）してください。（※事業主証明がある場合は不要）
- ◎被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬にかかった費用の「領収書」を添付してください。
- ◎被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の方による申請の場合は、亡くなった被保険者との身分が分かる書類（戸籍謄本など）を添付してください。

事業所の証明する欄	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							
	事業所名称							
	事業主氏名							
電話								

受付日付印