

被保険者  
被扶養者

## 埋葬料(費)申請書

		理事長	常務理事	事務長	係
決定額	埋葬料	円			
	(同 付加金)	円			
	家族埋葬料	円			

被保険者の 記号・番号					
被保険者の 氏名			死亡者 の氏名		
死亡者の 生年月日 性別・続柄	年 月 日		性別	男・女	続 柄
死亡年月日	令和 年 月 日	埋葬年月日		令和 年 月 日	
受取 口座	銀行 金庫	支店	普・当	口座番号	

上記の通り請求します。

東海マツダ販売健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

請求者の住所 \_\_\_\_\_

氏名及び印 \_\_\_\_\_ 印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

事業主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 及び印 \_\_\_\_\_ 印

- 1.この申請書を提出するときは、市区町村の埋葬許可証又は火葬許可証の写しを添付の事。
- 2.「受取口座」欄は、埋葬料の給付を受ける場合において、請求者名義の口座について記入の事。
- 3.被扶養者以外の方が埋葬料を請求する場合は、1のほか、戸籍謄本及び埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添付の事。