



支給決定伺		令和 年 月 日 決定
法定	円	常務理事
付加	円	事務長
合計	円	担当者

被保険者 埋葬料(費) 請求書 被扶養者 埋葬付加金

◎申請書・添付書類の裏紙印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は書き直しをしていただきます。
◎標題の該当しない部分を横線で消してください。

請求者記入欄	被保険者証の記号・番号	被保険者名または請求者氏名		自署の場合は捺印省略可 ①		
	被保険者生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	請求者が被保険者でない場合は被保険者との関係		
	死亡年月日	令和	年 月 日	死亡原因		
	被扶養者氏名		続柄	被扶養者生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者氏名	埋葬に要した費用の額		※身内でない方の申請の場合に記入（領収書添付） 円			
上記に関する請求金の受領を 令和 年 月 日 住所 (請求者) 氏名 に委任します。						
被保険者の死亡に関する事業主の証明	死亡年月日	令和	年 月 日 死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 【証明日】 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					

キリンビール健康保険組合御中

調査印

【添付書類】

1. 被扶養者に関するときは死亡に関する証明書の写し(死亡診断書、埋葬許可証、火葬許可証のいずれか)
2. 請求者が当健保の被扶養者でないときは戸籍謄本(被保険者と請求者の関係を証明する)
3. 埋葬費の場合は埋葬に要した費用の領収書と明細書(請求者の氏名が記載のもの)
※埋葬費:被保険者に身内の方がいないなどの理由により、埋葬料を受け取る人がいない場合に埋葬料の範囲内で実際に埋葬した人に支給される費用のこと。

備考欄	
-----	--

- ◇埋葬料の申請は、被保険者証の記号番号で申請してください。(マイナンバーによる申請は不要)
- ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。