



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

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の記入は不可。書き直してください。
 ◎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	被保険者等 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 ⑨					
	↑記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒								
	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			
	亡くなられた方について	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（領収書写し添付） 円				
上記に関する請求金の受領を							に委任します。		
令和							年	月	日
							住所		
(請求者)							氏名		
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

【添付書類】

- 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)
- 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)
- 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)
 ※埋葬費とは: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。

調査印

備考欄

◇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。