

被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 (費) 請 求 書

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人（被保険者等）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の記号と番号	記号	番号	② 請求者の氏名		
	③ 請求者の現住所・電話番号	〒				TEL ()
	④ 被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の	名称				
		所在地				
	⑤ 死亡した年月日	年	月	日	⑥ 死亡した原因	⑦ 第三者の行為によるものですか はい いいえ
	⑧ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の					
	⑦ 氏名	⑧ 埋葬した年月日		年	月	日
	⑨ 被保険者の（最後）の標準報酬月額		千円	⑩ 死亡した被保険者と請求者との身分関係		⑪ 埋葬に要した費用 ※3 金 円
	⑫ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の					
	⑬ 氏名	⑭ 生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日生	⑮ 被保険者との続柄	
	⑯ 振込希望金融機関名					
	金融機関名				金融機関コード	
	店名				支店コード	
	預金の種別		普通・当座		口座番号	
	フリガナ					
口座名義						
⑰ 被保険者名義以外の口座に振り込みを希望するときは、下記 ⑱ 委任状に記入してください。 < お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。 >						
⑱ 委任状 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名						

事業主が証明するところ	⑲ 死亡した者の氏名	⑳ 死亡した者		被保険者 被扶養者	㉑ 死亡した年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
事業主 住所		事業所名		氏名		

1. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑨欄の㉒に、被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑧欄の㉒に「該当せず」と記入してください。
2. 死亡に関する事業主の証明が受けられないときは、埋葬許可証(写)、死亡診断書(写)、又は死体検案書(写)のいずれかを添付してください。
3. ⑧欄の㉓は、埋葬費(*)の請求を行う場合のみご記入ください。又その際領収書(写)の添付が必要です。
*埋葬費とは、埋葬を行う家族がいない場合に会社関係者などが埋葬を行った場合に支払われるものです。従いまして、家族が埋葬を行った場合は埋葬料が支給されますので、⑧欄の㉓の記入及び領収書の添付は不要です。
4. ②請求者がセコム健保の被扶養者となられたことのない方は、続柄の分かる書類(戸籍謄本(写)等)を添付してください。