

常務理事	事務長	担当者

埋葬料・家族埋葬料・同付加金 支給申請書

※請求者確認欄 <u>(チェック✓してください)</u>	<input type="checkbox"/>	記載内容については、請求者本人が記入・確認しました。
	<input type="checkbox"/>	在職中の給付金は、事業主経由で受領します。

申請者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名	フリガナ				
	記号	番号		(氏)	(名)			
	事業所名称			所 属				
	死亡した年月日		死亡原因		第三者の行為によるものですか			
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による負傷届」を提出してください。			
	被保険者が死亡の場合		死亡した被保険者と請求者との続柄					
	被扶養者(家族)が死亡の場合		死亡者氏名	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄
	死亡した被保険者と生計を共にしていない方をご記入ください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	「はい」の場合、埋葬に要した費用 _____ 円				埋葬年月日	年	月	日
	※請求者名の領収書と明細書(写し可)を添付してください。				被保険者と請求者の身分関係(続柄)			
上記のとおり申請します。 年 月 日 小松製作所健康保険組合理事長殿 申請者の住所氏名								

この申請書に記入された個人情報 は 給付金支給のための利用に限定しています。

給付金の支給は、事業主を経由して行います。(任意継続被保険者・喪失者は除く)

死亡診断書又は埋葬許可証(死亡日のわかるもの)の添付をお願いします。

被保険者死亡の時は、被扶養者(申請者)の方の名義の口座をお知らせ願います。※1

請求書との関係を確認する為別途書類をご提出いただく場合があります。

埋葬費の申請の時は、死亡診断書又は埋葬許可証と埋葬にかかった費用の領収(明細)書を添付願います。

《被保険者死亡時のみ振込先をご記入ください》※1

振込先口座 どちらか一方を 記入	銀行	銀行	普通 店番	口座名義人
		支店	口座番号	フリガナ
	郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)	氏名