

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

<b>※申請者確認欄</b> (チェック✓してください)	<input type="checkbox"/> 記載内容については、申請者本人が記入・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(任意継続被保険者・喪失者は除く)

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

申請者が記入するところ	被保険者等の記号・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申請者との続柄			
	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場合は以下ご記入ください					
	「はい」の場合、埋葬に要した費用			円	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	※2 申請者名の領収書と明細書(写し可)を添付してください					
上記のとおり申請します 小松製作所健康保険組合理事長						

被保険者(本人)死亡の場合に申請する人の情報を太枠内に記載します。  
 死亡した被保険者と生計を共にしていない場合、はいにチェック✓  
 下段の太枠内の埋葬に要した費用・続柄も記入

### 【必須添付書類】

死亡診断書又は埋葬許可証 (死亡日のわかるもの)

### 【亡くなられた方と申請者の生計維持関係によって必要な書類】

- ・生計維持関係がない場合は、申請者の住民票・被保険者の除票 ※1
  - ・生計維持関係がない場合は、埋葬にかかった費用の領収(明細)書 ※2
- 領収書の宛先はフルネームが記載されたものをお願いします

【被保険者が亡くなられた時は】被扶養者(申請者)の方の名義の口座を必ずご記入ください

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