支給支払 決議書	資格	取得	年　月　日	死亡年月日	年　月　日	常務理事	事務長	係
		喪失	年　月　日	傷病番号				
	支払日		年　月　日	支給額	円			

被保険者
家　族　埋葬料(費)支給申請書

申請者情報			
被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者の生年月日 S・H・R　年　月　日
被保険者の氏名・印	(フリガナ)		㊞
所属事業所名			

申請内容				
死亡した方の	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか	
	H・R　年　月　日		□ はい　□ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください	
● 家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
被扶養者の氏名	(フリガナ)	被扶養者の生年月日	S・H・R　年　月　日	被保険者との続柄
● 被保険者が死亡したための申請であるとき				
申請者の氏名	(フリガナ)	被保険者から見た申請者との続柄		埋葬した年月日　年　月　日
申請者の住所				埋葬に要した費用の額　円
委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を、代理人　　に委任します。 年　月　日　被保険者の氏名　　印			

資格喪失後の場合記入					
金融機関名	金融機関コード	店番コード	口座種別	□ 普通 □ 当座 □ その他（　）	
口座番号		口座名義(カタカナで記入)			

事業主の証明			
死亡した方の	氏　名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
		被保険者　・　被扶養者	S・H・R　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

住所　〒

年　月　日　事業主

氏名　　㊞

東ソー関連健康保険組合 R1.5.1

〈添付書類の注意点〉

1. 死亡診断書の写しを添付してください
2. 申請者が認定外家族等の場合は、戸籍謄本を添付してください
3. 被保険者が死亡した場合や、資格喪失後に請求する場合は、振込希望の銀行欄を記入してください
4. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

備考欄	

出納日付印	受付日付印