

受付番号		支給額	決定証印					支払日
			常務理事	事務長	MGR	MGR	係	
給付決定日								

被保険者・被扶養者 埋葬料（費）請求書

【添付書類】 ※死亡診断書もしくは死体検案書、または埋葬（火葬）許可証のいずれかの写し

※被扶養者以外が請求する場合は下記の書類も必要です。

- ・『同居の場合』・・・①申請者の住民票（原本）（筆頭者・続柄記載のあるもの）
②死亡した被保険者の住民票除票（原本）（筆頭者・続柄記載のあるもの）
- ・『別居の場合』・・・戸籍謄本（原本）

保険証	記号		事業所及び個人所名		TEL	内線
被保険者が死亡した場合	被保険者氏名			被保険者の標準報酬月額	千円	
	近親者以外の者が埋葬したる場合 合埋葬に要した費用（埋葬費）			金	円（別紙証拠書類添付）	
	死亡した被保険者と請求者との関係				業務上の別	業務上業務外
被扶養者が死亡した場合	被扶養者の氏名		生年月日	年	月	日生
				被保険者との続柄		
死亡原因			死亡年月日	令和	年	月 日
事業主証明欄	死亡者氏名		死亡年月日	令和	年	月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します					
	令和 年 月 日 住所 〒 TEL : 事業主名称 氏名					
振込銀行名 (名義は請求者のものを記入)	銀行	支店	普通・当座 No.	口座名義 (フリガナ)		
上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者 (請求者) 氏名 TEL : 携帯 :						
ジェイティービー健康保険組合理事長殿						

受付日付印

・死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者の行為による死亡届」を添付