

家族 埋葬料・同付加金 申請書

＜被扶養者（家族）が亡くなったとき＞

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所名	※任意継続加入者は「任意継続」と記入	
	氏名			電話番号	勤務先 ()	自宅 ()
	被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。					
	振込先	銀行名	支店名	口座番号	フリガナ	
			普通	口座名義		
亡 く な っ た 被 扶 養 者	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	死亡原因				死亡 年月日	令和 年 月 日
	第三者行為に よる死亡	いずれかに○ はい いいえ	→「はい」 の場合に○	1 第三者が不明 2 第三者から埋葬料（費）の補償がない ※第三者から補償がある場合は埋葬料（費）の請求はできません		
大阪読売健康保険組合 殿						
上記の通り請求します。 被保険者住所：〒 _____						
令和 年 月 日 被保険者署名： _____						

＜添付書類＞ ※他の届け出、申請と重複する場合は兼用可。

■死亡を証明する書類（死亡診断書、埋葬許可書または火葬許可書、住民票の除票の写しなど、いずれか）

備考	
----	--

事 業 所 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	所在地： _____
	担 当 者 氏 名	事業所 名称： _____
		代表者氏名： _____
		電 話： () _____

社会保険労務士記入欄

受付印