

# 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 險 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		公金口座を利用する場合は□に チェック □公金口座	
					普通			
亡 く な つ た 被 扶 養 者	氏名		続柄	生年月日	昭和	年 月 日		
					平成			
	死亡原因				死亡年月日	令和	年	月
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 :				

受付印

社会保険労務士記入欄
_____