健保記入欄	支給額	円	常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ

提出日	年　月　日										
被保険者等記号番号	記号 番号	被保険者氏名						所属及び部署名	電話　（　）		
死亡した者の氏名		生年月日	昭平令	年	月	日		死亡した者と申請者の身分関係			
死亡した原因								第三者行為によるものですか	いいえ　・　はい		
死亡した年月日	令和　年　月　日	埋葬した年月日	令和　年　月　日				埋葬に要した費用	円			

上記のとおり申請します。

被保険者（申請者）

住所　〒

氏名　　㊞

電話　　※親族以外（第三者）の場合のみ、押印ください。

大気社グループ健康保険組合　　理事長殿

◎ 火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付（写）するか事業主の証明を受けてください。

◎ 被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本（費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

◎ 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の方による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本（戸籍謄本、住民票等）を添付してください。

事業主の証明する欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

受付日付印

給付金振込先	**給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。**

＊被保険者が死亡した場合は、『給付金振込口座届』にて埋葬料（費）の振込先を指定してください。

大気社グループ健康保険組合