


被保険者
被扶養者

埋葬料（費）・付加金支給申請書


被保険者証 記号・番号	(記号) 8	(番号) ○○○	被保険者氏名	健保 太郎
請求者	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子 	被保険者 との続柄 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄 妻)
	生年月日	昭和・平成 48 年 6 月 5 日		
	住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷○-○-○ △△マンション □□□号室 電話 03-○○○-○○○○		
埋葬対象者	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者 との続柄 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄)
	生年月日	昭和・平成 46 年 12 月 6 日		
	死亡年月日	平成 29 年 1 月 16 日		
	死亡原因	肺がん	第三者行為 かどうか (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 第三者行為によるものである <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為によるものではない
生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用	円

※被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、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）してください。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者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。

※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。

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。	平成 年 月 日
	事業主 名	
	氏	
	電	
事業主の証明欄		

支払金融機関	健保	銀行 信用金庫	組合	支店 本店	普通・当座
	名義人（フリガナ）	ケンボ ハナコ		口座番号	
	健保 花子		12345678		

受付日付印

※給与振込第1口座以外への送金をご希望の方は、お口座をご記入ください。

GE健康保険組合理事長 殿