

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）支給申請書

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者等 記号・番号		所属事業所 及び部署名	電話（内線）		
	被保険者 （請求者） 氏名	フリガナ	被保険者 （請求者） 住所	〒		
	生年月日	年 月 日		電話（ ）		
	死亡した 年月日	年 月 日	死亡原因	第三者の行為による ものですか はい・いいえ		
	被扶養者が死亡した ための請求である ときは、被扶養者氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	被保険者が死亡した ための請求である ときは、被保険者氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 と請求者 との身分 関係	
	生計維持されてい なかつた者が請 求する場合	埋葬した 年月日	年 月 日	埋葬に要した 費用	円	

※死亡についての事業主の下記証明欄の押印、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、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、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との生計維持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。				
	所在地			年	月 日
	事業主	名称			
	氏名		電話	（ ）	

支払金融機関	銀行 信用金庫	本店 支店	普通・当座
	名義人（請求者名義）カタカナで記入してください。		口座番号

備考欄	個人番号（被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません）	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー（表面） ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー（両面）のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	

社会保険労務士の提出代行記載欄

年 月 日提出
受付日付印