

同 年 月 日 令和 年 月 日

支給決定額				理事長	常務理事	事務長	担当
埋葬料(費)			円	資格	取得	年 月 日	受付日
家族埋葬料(費)					喪失	年 月 日	
埋葬附加金				備考			
家族埋葬附加金							
合計							

・被保険者
・家族

埋葬料(費)及び埋葬附加金請求書

令和 年 月 日提出

請求者が記入するところ	被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名			
	死亡年月日	令和	年	月	日	請求者の住所 〒	
	死亡した原因						
	埋葬年月日	令和	年	月	日		
	被保険者氏名						氏名
	生年月日	S・H・R	年	月	日	電話番号	
	請求者と被保険者との身分関係					請求者は	・被保険者 ・家族 ・その他
	※埋葬に要した額	(領収書添付のこと) 円				この死亡は第三者行為に 因るものである。	はい ・ いいえ
	家族氏名					銀行・支店名	銀行 支店
	生年月日	S・H・R	年	月	日	銀行コード	
被保険者との続柄					口座番号		
					口座名義 (カタカナのみ)		

○※欄は、親族等の埋葬料を受ける資格者がいない場合、実際に埋葬した人が領収証を添付して、埋葬費を請求する際の記入欄です。

○振込先の銀行支店コードはキャッシュカードでご確認ください。

○死亡日等記載のある「死亡診断書」「戸籍謄本」「住民票」のいずれか1部(コピーでも可)を添付してください。

○加入者以外の方が申請する場合は、死亡者との関係が分かる公的書類(戸籍謄本等)も添付してください。(コピーでも可)

事業主が証明するところ	死亡者の氏名				死亡した者は、	被保険者であった。	
	死亡年月日	令和	年	月		日	家族であった。
	上記のとおり相違ないことを証明する						
	令和 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名						

(提出先: 人事部→大和ハウス工業健康保険組合)