

|             |                 |  |      |     |  |     |
|-------------|-----------------|--|------|-----|--|-----|
| 月 日<br>支給決定 | 埋葬料（費）<br>家族埋葬料 |  | 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|             |                 |  |      |     |  |     |

埋葬料(費) 請求書  
家族埋葬料

|             |                               |          |             |                                     |              |                      |
|-------------|-------------------------------|----------|-------------|-------------------------------------|--------------|----------------------|
| 請求者が記入するところ | 被保険者証<br>記号・番号                |          | 標準報酬<br>月 額 | , 000円                              | 事業所<br>の 名 称 |                      |
|             | 亡 くな っ た 方 の 氏 名              |          |             | 生 年 月 日                             |              | 家族埋葬料の場合<br>被保険者との続柄 |
|             |                               |          |             | 昭<br>平<br>令                         | 年 月 日生       |                      |
|             | 死 亡 の<br>原 因                  |          |             | 死 亡 年 月 日                           | 令和 年 月 日     |                      |
|             | 埋葬を行った日                       | 令和 年 月 日 |             | 埋葬費請求の場合は<br>埋 葬 に 要 し た<br>費 用 の 額 | 円            |                      |
|             | 払 渡 希 望 の 銀 行<br>(退職者・埋葬費の場合) | 銀行 支店    |             | 普通<br>当座 第 号 名義人                    | ふりがな         |                      |
| 備考          |                               |          |             |                                     |              |                      |

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

上記による 埋葬料（費）  
家族埋葬料 を請求します

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合 御中

( 埋葬料（費）の請求の場合  
死亡被保険者との続柄 )

〒  
請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

- ◎ 埋葬料（費）又は家族埋葬料請求の別により夫々不要の欄を抹消すること。
- ◎ 死亡の原因が第三者の行為によるときはその顛末書を添付すること。
- ◎ 埋葬費請求の際はその証憑書類を添付すること。