

健 保 処 理 欄	支給決定並びに支出伺					年	月	日
	支給額	埋葬諸費 家族埋葬料	円	決 裁	常務理事	事務長	担当者	
	資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月	日

被保険者
家 族 埋葬料（費）支給申請書

※ 和暦でご記入ください

① 被保険者等 記号・番号		②事業所名	
③ 死亡した年月日	年 月 日	④ 死亡原因	

■被扶養者が死亡したための申請であるとき

⑤被扶養者の氏名	⑥生年月日	⑦被保険者との続柄
	昭和 平成 令和 年 月 日	

■被保険者が死亡したための申請であるとき

⑧ 被保険者の氏名	⑨ 埋葬に要した費用	円
死亡した被保険者 ⑩ と申請者との身分 関係	⑪ 埋葬した年月日	年 月 日

■申請者の情報をご記入ください

⑫ 振込希望の銀行	銀行	支店（普）口座No.
上記の通り申請します。		
⑬	年 月 日	申請者 住所 氏名 クラレ健康保険組合理事長 殿 電話
⑭ 確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです。	

事 業 主 記 入 欄	⑮ 死亡した者の氏名		⑱事業所人事 確認印
	⑯ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者	
	⑰ 死亡した年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 ⑲		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			⑲

※必要な添付書類は裏面をご確認ください

以下の書類をご用意ください

<p><被保険者埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合</p>	<p>●死亡診断書のコピー</p>
<p><被保険者埋葬料> 被保険者が亡くなり、 被保険者により生計維持されていた被扶養者 以外の方が申請する場合</p>	<p>●死亡診断書のコピー ●生計維持を確認できる書類の原本 (被保険者との同居および続柄が確認できる住民票等)</p>
<p><被保険者埋葬費> 被保険者が亡くなり、 被保険者により生計維持されていた方がいない 場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合</p>	<p>●死亡診断書のコピー ●領収書の原本 (支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が 記載されているもの) ●埋葬に要した費用の明細書 ※費用の範囲は、葬儀代、霊柩車代、霊前への供物代、 僧侶への謝礼などです。 飲食代、香典返しは含みません。</p>
<p><家族埋葬料> 被扶養者が亡くなり、被保険者が申請する場合</p>	<p>●死亡診断書のコピー</p>