

被保険者

家族

埋葬料申請書(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) — (番号)	②所属事業所の名称	
	③死亡者の氏名		④生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
	⑤死亡年月日	令和 年 月 日	申 請 者	
	⑥被保険者との続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他()	申請年月日 _____	
	⑦埋葬を行った日	令和 年 月 日	申請者住所 _____	
	⑧埋葬に要した費用	千円	申請者氏名 _____	
	⑨死亡の原因		死亡者との続柄 _____	
	⑩死亡の原因が第三者行為による時は、第三者の住所氏名			
	⑪埋葬料等お振り込み先 (本人が死亡された場合ご記入下さい)	銀行 口座番号(普通・当座) 支店	口座名義人(カナ)	
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 円 — TEL _____ 請求者の住所氏名 _____ そごう・西武健康保険組合 理事長 殿			

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。	
	令和 年 月 日	被保険者の氏名 _____
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名 _____

領収書	金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、埋葬料として	令和 年 月 日領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏 名 _____

※支給(支出)決定伺		埋葬料	合計	※備考		
	<input type="checkbox"/> 被保険者			<input type="checkbox"/> 直接払		
	<input type="checkbox"/> 家族	円	円	<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)		
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか			令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					
・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日					
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※この申請書には、下記①～④のいずれか1通を添付してください。

- ①埋葬許可証または火葬許可証の写
- ②死亡診断書
- ③死体検案書または検視調書の写
- ④戸籍(除籍)抄本

※遺族がない為知人等が代わって埋葬を行った場合は、

埋葬に要した費用の額に関する証拠書類と埋葬費用の領収証(写し)を添付してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)