

受付年月日	年	月	日
伺 年 月 日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支 給 額	円		

理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

申請者が記入するところ	被保険者の 記号・番号	記 号	番 号	被保険者が勤務 している、または勤務 していた事業所の	名 称							
					所在地							
	死亡年月日	令和	年	月	日	埋葬年月日	令和	年	月	日	死亡 原因	
	氏名				申請者との 関係・続柄		埋葬に要 した費用	円				
	支 払 金 融 機 関											
	銀行			支店	1.普通 2.当座		口座 名義	フリガナ				
上記のとおり申請します。												
令和 年 月 日												
申請者の住所 氏名 TEL ()												
領 収 書	西日本新聞社健康保険組合理事長殿											
	金 円也											
上の金額を領収しました。												
令和 年 月 日												
申請者の住所 氏名												
事業主の証明	死亡者 の氏名	フリガナ			被保険者 被扶養者	死 亡 年 月 日	令和 年 月 日					
	上記のとおり相違ありません。											
令和 年 月 日												
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名												

【注意事項】

◎この書類は、被保険者本人または被扶養者が死亡した際に給付を受けるための手続き用紙です。

ただし、死亡原因が業務上・通勤災害によるものの場合は支給されません。

◎添付書類

- ・事業主の証明がない場合は、死亡を証明できる書類（死亡診断書・埋葬許可証・火葬許可証等のうちいずれか1つの写）
- ・被保険者(本人)の死亡で、生計維持されていなかった人が申請する場合は、上記証明書類と埋葬に要した費用の領収明細書。

受付年月日