

埋葬料（費）・同付加金請求書
Claim Form for Burial Costs (Expenses) and Rebates平成29年 11月 28日 提出
Submitted Year Month Day

被保険者 (請求者) が記入するところ To be completed by the insured person (claimant)	被保険者証の記号と番号 Insurance card code and number	記号 Code 1	番号 Number 1234				
	社員番号 Employee number	〇〇〇〇					
	被保険者氏名 (請求者) Name of insured person (claimant)	フリガナ (Katakana)	ケンポ タロウ		〒	〇〇〇-〇〇〇〇	
	生年月日 Date of birth	昭和 (Showa) 平成 (Heisei) 令和 (Reiwa) 西暦 (AD)	55年 10月 5日 Year Month Day		被保険者 (請求者) 住所 Address of insured person (claimant)	東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室 電話 03 1234) 5678 Phone	
	死亡した年月日 Date of death	平成27年 11月 19日 Year Month Day		死亡原因 Cause of death	心不全		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、被扶養者氏名 If this claim is for the death of a dependent, enter the name of that dependent	健保 保		生年月日 Date of birth	昭和 (Showa) 平成 (Heisei) 令和 (Reiwa) 西暦 (A.D.)	被保険者との続柄 Relationship insuree	
	被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者氏名 If this claim is for the death of the insured person, enter the name of the insured person			生年月日 Date of birth	昭和 (Showa) 平成 (Heisei) 令和 (Reiwa) 西暦 (A.D.)	「はい」の場合、「第三者の行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります。健康保険組合へ連絡してください。	
生計維持されていなかった者が請求する場合 If the person filing the claim is not someone who was financially supported	埋葬した年月日 Date of burial	年 月 日 Year Month Day		埋葬に要した費用 Burial expenses	円 JPY		

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付 (写) してください。

*Please have the business owner fill out the certifying entries below, or attach either a cremation permit, burial permit, death certificate, removed family register, or postmortem certificate (a copy).

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本 (費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの) を添付してください。

*If the insured person is the deceased, and someone who was not financially supported is filing the claim because there is no one who was supported by the insured person who can administer the burial, please fill out the entry for "Burial expenses" and attach the original receipts for the burial expenses (showing cost breakdowns of items, prices, quantities, and amounts).

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外だが、被保険者に生計を維持されていた者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本 (戸籍謄本、住民票等) を添付してください。
*If the insured person is the deceased, and someone other than a dependent is filing the claim, please attach originals of documents (family registry, certificate of residence, etc.) which indicate the family relationship with the deceased insured person.

委任状 Proxy	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 I designate the person below to receive the benefits based on this claim.	年 月 日 Year Month Day
	被保険者 (申請者) 氏名 Insured person (applicant) Name	—
	代理人 (実際に給付を受領する者) 氏名 Representative (The person who will actually receive the benefits) Name	—

支払金融機関 Financial institution for payment	銀行 Bank	本店 Main branch/branch	普通・当座 Savings/Checking
	信金・信組 Shinkin bank / credit association	支店 Branch	口座名義人 Name on account
	支店番号 Branch number	口座番号 Account number	フリガナ (Katakana)

事業主の証明する欄 Entries to be certified by business owner	死亡した方の氏名	死亡した方は被保険者ですか	被保険者 ・ 被保険者でない
	死亡年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 事業主 名称 氏名	年 月 日	電話

社会保険労務士

受付印