

被保険者  
家 族  
埋葬料(費)・付加金 支給申請書

◎申請上の注意  
一、標題の被保険者、家族は該当する文字を○で囲んでください。  
二、埋葬費の申請で申請者が被扶養者でない場合は、死亡した方との身分関係を証明する書類を添付してください。

キリトリ線

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)		
死亡した 年月日	令和 年 月 日		死亡した 原因	第三者の行為によるもの いいえ・はい		
被保険者が死亡した ための申請であるとき は被保険者の	氏名		埋葬した 年月日	令和 年 月 日	埋葬に要 した費用	金 円 (別紙証拠書のとおり)
	被保険者の最後の 標準報酬月額		千円		死亡した被保険者と 申請者との身分関係	
被扶養者が死亡した ための申請であるとき は被扶養者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
備 考						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 - ) 住所 被保険者 (申請者) 氏名 電話 ( ) ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿						

死亡に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 所在地 氏名
------------------	--

振込先	銀行 金庫	本店 支店	普通・当座	店番号
	口座名義 (申請者名義)	カタカナで記入してください。		口座番号

受付日付印