

Please refer to the separate sheet  
for information about filling out this form.

Example

被保険者 埋葬料(費)請求書  
家族

常務理事	事務長	担当	係

記入方法および添付書類等については、別紙の記入例と、「記入上の注意」をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証の記号	① 1234	番号	② 12345678	申請者の氏名	③ 山口 花子	山 口	
	② 申請者の現住所	(〒 754 - 0000 )	④ 山口県△△市△△1-1-1					
	③ 事業所の名称	⑤ 株式会社ファーストリテイリング						
申 請 内 容	④ 死亡した方の死亡年月日	平成 28 ⑥ 年 4 月 21 日			死亡した原因			
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき							
	ご家族の氏名	⑧	生年月日	⑧ 年 月 日	被保険者との続柄	⑧		
	●被保険者が死亡したための申請であるとき							
	被保険者の氏名	⑨ 山口 太郎			被保険者からみた申請者との身分関係	⑨ 妻		
⑤ 埋葬した年月日※	⑨ 年 月 日	⑥ 埋葬に要した費用の額※	⑨ 円					

事業主証明欄

If applying without authentication from the business operator, then append one of the following: 1) a copy of the Burial License Certificate or Cremation License Certificate from the city, ward, town or village mayor, 2) a Death Certificate, 3) a Post-Mortem Certificate.

給付金支払先

In general, payment can only be made to an account in the insured person's name.  
If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.  
If the applicant is not the Insured Person, then enter a bank account in the name of the applicant.

〔備考〕(①欄に記号番号を記入した場合に記入不要です)

被保険者証マイナンバー

If you enter the Symbol and Number in the ① field, filling in is unnecessary.

〔注意事項〕

- ・⑤及び⑥の場合に「死亡した方の氏名」を「死亡した方の住所」に記入してください。
- ・死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの請求書に添付してください。

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
- ③ Name of Applicants with Seal or Signature
- ④ Present Address (with Zip Code), Telephone Number of Applicants
- ⑤ Business Entity Name
- ⑥ Date of Death
- ⑦ Cause of Death
- ⑧ Name, Date of Birth, Relationship of Dependent if he or she died
- ⑨ Name, Relationship, Date of Funeral, Burial Expenses of Insured Person if he or she died