

# 健康保険

被保険者  
家族

# 埋葬料(費)支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号 番号 —	生年月日	年	月	日
	氏名	フリガナ				
	住所 電話番号	(〒 — ) TEL ( )				

申	死亡した方の	死亡年月日 年 月 日	死亡原因			
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき					
請	ご家族の氏名	生年月日 年 月 日	被保険者との続柄			
	●被保険者が死亡したための申請であるとき					
内	被保険者の氏名		被保険者から見た申請者との身分関係			
	埋葬した日 年 月 日		埋葬に要した費用の額 ※ 円			
容	請求 口座 者座	銀行 金庫	本店 支店	営業部 出張所	口座 名義 カタカナ	
	上記のとおり請求します。 年 月 日 住所 請求者の 氏名 ローソン健康保険組合理事長殿 TEL ( )					

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名	区 分	死亡年月日
		被保険者 ・ 被扶養者	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	TEL ( )		

※ 遺族以外の方が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用を記入し、証拠書を添付してください。