

常務理事	事務長	係	埋葬料	円
資格取得日	年	月	日	埋葬付加金 円
資格喪失日	年	月	日	支給額 円

被保険者
家族

埋葬料(費)・付加金請求書

請求者が記入するところ	事業所名		被保険者記号・番号		請求者氏名				
			-						
	請求者の住所								
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因	第三者行為によるものですか		
						0:いいえ	1:はい		
	被扶養者(家族)が死亡した請求のとき								
	被扶養者氏名				埋火葬した年月日	令和	年	月	日
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	被保険者との続柄			
	被保険者(本人)が死亡した請求のとき								
	被保険者氏名				埋火葬した年月日	令和	年	月	日
埋火葬に要した費用	請求者が生計維持関係でなかった場合のみ記入 (領収書添付)			請求者と被保険者との続柄					
				円					
委任状	レンゴー健康保険組合理事長 殿 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。						年	月	日
被保険者 住所 (死亡の場合は請求者) 氏名									

※注 意 ・市区町村長の埋火葬許可証(写)または死亡診断書(写)を添えてください。

・請求者が、被保険者により生計維持されている場合、その他の添付書類は不要です。
ただし、被扶養者でない場合は、別途書類を求める場合があります。
(事業主が家族関係を把握している場合は右に☑をしてください 人事データを確認済み ☐)

・被保険者死亡で、請求者が生計維持関係でなかった場合は、埋葬に要した費用の領収書(原本)を添えてください。