本人・家族

埋葬料(費)申請書

被保険者等の記号・番号	―	被保険者が勤務している（勤務していた）事業所名				
死亡した方の氏名		埋葬した日（ご葬儀の日）	年　月　日	被保険者との続柄		
死亡年月日	年　月　日	死亡原因				

※この欄は、「被保険者本人」が死亡した場合で、死亡した方に家族がいない場合に記入　（領収書写し添付）

埋葬に要した金額　円

振込希望銀行	※死亡した方が家族の場合は被保険者本人名義の口座 死亡した方が被保険者本人の場合は請求人名義の口座 銀行　支店（普通・当座）No　カナメイギ（　） （支店番号　）　※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり埋葬料（費）を請求します。　年　月　日

〒　－

請求者の住所

氏　名　印

電話番号（　）

※各会社・団体人事へご提出ください。

※死亡した方が「家族」の場合は、その方が当健保組合の健康保険に加入していることが条件です。

事業主の証明	死亡した方の氏名		死亡した方の区分	被保険者（本人）・被扶養者（家族）
	死亡した年月日	年　月　日死亡	被保険者本人と請求する方との続柄	
	上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日 〒　－ 事業主　住所 氏名			

＜添付書類＞

・医療機関の「死亡診断書」又は「市区町村の埋葬許可証」等、死亡日が証明されているものの写しを添付してください。

・「被保険者本人」が死亡した場合で、死亡した方に家族がいないため、実際に埋葬を行った方が請求する場合は、「埋葬に要した費用の領収書写し」を添付してください。

・「被保険者本人」が死亡した場合で、請求人が死亡した方の健康保険の被扶養者でない場合は、「被保険者本人」との続柄がわかるもの（「戸籍謄本写し」等）を添付してください。