

被 保 険 者
家 族

埋葬料(費)請求書

※太枠内を自筆でご記入ください

トランスコスモス健康保険組合

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号		番 号		② 会 社 の 名 称	
	フリガナ					④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭・平 年 月 日
	③被保険者（申請者）の氏名						
	⑤被保険者（申請者）の住所	〒					
	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号	() もしくは ()					
	振込先銀行口座は上記申請者氏名と同じ名前の普通預金口座をご指定ください※ゆうちょ銀行は通帳の見開きコピーを添付						
	⑦ 振 込 先 銀 行 口 座	銀行・信組 金庫・農協				支店・出張所 本店・営業部	
		口 座 番 号				口 座 名 義 (カナ表記)	
	⑧ 申 請 区 分	☐ 埋葬料 : 被保険者が死亡、被扶養者が申請する場合 ☐ 家族埋葬料 : 被扶養者が死亡、被保険者が申請する場合 ☐ 埋葬費 : 被保険者が死亡、被扶養者以外の実際に埋葬を行った方が申請する場合					
	フリガナ					⑩ 死 亡 し た 方 の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	⑨ 死 亡 し た 方 の 氏 名						
	⑪ 死 亡 年 月 日	令和 年 月 日	⑫死亡原因				
⑬ 続 柄			「被保険者が死亡」した場合は被保険者からみた申請書との続柄 「被扶養者が死亡」した場合は被保険者との続柄				
申請区分が「埋葬費」の場合のみご記入ください。※埋葬費の場合は埋葬に要した費用の領収書も添付してください							
⑭ 埋 葬 年 月 日	令和 年 月 日	⑮埋葬に要した費用		円			

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	死亡した方	被保険者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
	住所	事業主 氏名	電話	

添 付 書 類	埋葬料 : A、Aが得られない場合はB 家族埋葬料 : B 埋葬費 : BおよびC
	A. 事業主の証明(上記に事業主が記載) B. 下記1～4のいずれか1つ(コピー) (1)区市町村の埋葬許可証 (2)火葬許可証 (3)死亡診断書 (4)死体検案書 C. 埋葬・葬儀に要した費用の領収書と明細書(支払った方の氏名および埋葬に要した費用額が記載されているもの) 被保険者との関係確認資料(戸籍謄本や住民票など)、振込先金融機関口座確認資料(通帳コピーなど)

受付印

健 保 記 入 欄	備考			
	提出			
	日付			
	決裁書番号	G-	/	/