

被保険者

埋葬料（費）埋葬付加金支給申請書

家 族

被保険者 記号番号	第 号	標準報酬 月 額	円	事業所の名称	
死亡した 被保険者の氏名			生 年 月 日	明 大	昭 平 年 月 日
死亡の年月日			死 亡 の 原 因		
埋・火葬した 年 月 日			埋 葬 に 要 し た 費 用	¥	別紙証拠書の通り
死亡が第三者の行為によるものはその事実 並びに第三者の住所氏名 (住所又は氏名不詳のときはその旨)					
死亡した被保険者と請求者 との続柄					
死亡者が被扶養者である ときはその者の氏名			被扶養者の 生年月日		
上記のとおり給付金、金 円を請求します。  令和 年 月 日  住 所 請求者 氏 名  阪神高速道路健康保険組合理事長 殿					
事 証 業 主 明	は令和 年 月 日			事業主 氏 名	

請求金を下記の銀行口座へ振込下さい。			フリガナ
銀行	支店・預金種別 普通・口座番号		口座名義