健康保険 被保険者 被扶養者

埋葬料・埋葬費(付加金)申請書

（注　訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し被保険者のサイン又は印を押してください。修正テープを使って訂正は認められません。）

令和　　年　　月　　日

①被保険者等の		②被保険者の生年月日	③被保険者所属(店部)コード	④被保険者(請求者)氏名
記号	番号	昭和・平成・令和 年　月　日		
被保険者(請求者)住所	〒 日中連絡の取れるTEL　（　　）			

被保険者(本人)の死亡の場合

被保険者の氏名	被保険者の生年月日	被保険者の死亡日	被保険者の埋葬年月日
	昭和・平成・令和 年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
死亡の原因	死亡原因が第三者によるものですか	埋葬に要した費用の額	被保険者に対する請求者の続柄
	□ はい　□ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。	円	

御遺族(請求者)の口座	金融機関名	支店名	預金種別
		本店・支店	□普通　□当座
	口座番号	口座名義(姓・名は1マス空けてください)	

被扶養者(家族)の死亡の場合

被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被扶養者の死亡日	被扶養者の埋葬年月日
	昭和・平成・令和 年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
死亡の原因	死亡原因が第三者によるものですか	埋葬に要した費用の額	被保険者に対する続柄
	□ はい　□ いいえ 「はい」の場合は「第三者傷病の届」を提出してください。	円	

照会・振込み口座に関する同意欄

□ 私は、埋葬料・費（付加金）申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、埋葬料・費（付加金）請求に関する調査のためセブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。

□ 他の給付金同様、埋葬料・費(付加金)の振込口座は給与口座を希望します。　※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮できます。

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
注1) 口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。　注2) 給与口座情を希望した場合は☑不要です。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
(金融機関コード　　)	(店番号　　)	□普通 □当座			

申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。
①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し
②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し

事業主の証明欄

死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の区分	死亡年月日
	□ 被保険者(本人)　□ 被扶養者(家族)	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主　所在地
氏名
電話

事業所担当

同一生計証明書

※同一生計の証明は事業主、民生委員、町内会、家主当親族以外の第三者から証明を受けてください。

上記埋葬料の請求者【　　】は、　令和　年　月　日

死亡者【　　】が、

死亡した当時に、生計の一部又は全部を同じくしていたことを証明する。

証明者　住所
職種
氏名
電話