

支給決定伺

支給額		円					
支給内訳	埋葬料(費)		円	資格取得日			昭・平・令 年 月 日
	埋葬料(費)付加金		円	資格喪失日			令 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日						

本人(被保険者) **埋葬料(費)** 支給申請書
 家族(被扶養者) **埋葬料(費)付加金**

〔 記 号 〕 - 〔 番 号 : 右 づ め 〕 令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号・番号		-				被保険者(申請者)の氏名	
被保険者(申請者)の住所	(〒 -) 都・道 府・県					TEL ()	
事業所の名称							
死亡した日	令 年 月 日	死亡原因	第三者によるものですか				いいえ ・ はい
埋葬した日(葬儀を行った日)	令 年 月 日	埋葬に要した費用				円	
被保険者(本人)が亡くなったとき							
被保険者氏名					被保険者と申請者の関係		
被扶養者(家族)が亡くなったとき							
被扶養者氏名			続柄	生年月日			昭・平・令 年 月 日
※ 介護保険法のサービスを受けていたとき							
市区町村番号	受給者番号			発行機関名			
※振込先	金融機関の名称	銀行・金庫 本店・支店 信組・農協 出張所 その他() 本所・支所					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通座	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		左づめでご記入ください	
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入下さい。)					
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 (委任者と代理人との関係 : _____) 令和 年 月 日						
	申請者の住所 氏名 (印)						
	代理人の住所 ※口座名義人氏名 (印) TEL ()						

事業主証明

死亡した者の氏名	死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した日	令 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名 TEL ()						

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合には、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

受付日付印
