

## 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				平・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	平・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)	平・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 信組・農協 その他( )					本店・支店 出張所 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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																								

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 ㊟					
	代理人の住所 ※口座名義人氏名 ㊟ Tel ( )					

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	平・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
-------