

被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被保険者証の 記号及び番号	-	事業所名	
死亡した被保険者 の氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
死亡年月日	平成 年 月 日	埋葬年月日	平成 年 月 日
死亡の原因			
埋葬に要した 費用額	円		
死亡が第三者の行為による ものであるときはその事実・ 第三者の住所・氏名(不詳で あるときはその旨)			
被扶養者の死亡に関する ときはその者の氏名			
生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄	
請求者と死亡した 被保険者との続柄			
振込希望の銀行 (請求者の口座) ゆうちょ銀行不可	銀行 普通	支店 名義人(カナ)	

添付書類 : 埋(火)葬許可書または死亡診断書の写し
埋葬費の場合は領収書の原本

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

セディナ健康保険組合 殿

〒

住所

請求者の

氏名

印