

決裁	課長	係長	担当

請求金額	50,000 円
------	----------

申請年月日		年	月	日		
死亡届 関係事項	被保険者番号					
	亡くなった方	住所				
		フリガナ				
		氏名				
		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	亡くなった年月日			年	月	日
	葬祭執行年月日 (告別式の日)			年	月	日
※被用者保険資格喪失後3か月以内に亡くなられた場合にのみご記入ください		健康保険・船員保険・共済組合等から埋葬料等の支給を受けることができる・できない				

申請人 （喪主）	住所	〒 電話（ ） 〒		
	フリガナ		(亡くなった方から見た) 続柄	
	氏名	⑩		

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店	種別	普通・当座・()					
			口座 番号						
フリガナ			銀行コード			支店コード			
口座名義人									

申請代理人	〒 住所	— 電話（ ） —	喪主との続柄
	氏名		

備考欄

添付書類（以下１、２のいずれか）

１．会葬礼状の写し
２．喪主が誰であるか確認できる葬祭費用領収書等の写し

※納税相談 有 無

申請者と口座名義人が異なる場合は委任状

☐申請者＝口座名義人 ☐委任状あり（申請書押印必要）

申請人の本人確認なし ☐押印（申請人）

申請者の本人確認（申請人の印がある場合は不要）

☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐被保険者証

☐介護保険証 ☐その他（ ）

訂正箇所 ☐なし ☐あり→訂正印（申請印無ならサイン）

受付者：
資格　：　有　・　無
保険証：　回収　・　未回収
送付先変更：　済　・　未　・　不要
備考

入力
受付印