

埋葬料（費）請求に関する証明書

◆以下の①②③のうち何れかひとつに証明を受け、埋葬料（費）請求書に添付して提出してください。

①事業主の証明

死亡した方の氏名		被保険者・被扶養者の別	被保険者 被扶養者	死亡年月日	年	月	日
上のとおり相違ないことを証明します。							
事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名							
電話							

②死亡診断書（死体検案書）記載事項証明書

死亡者の	氏名		性別	男	女	年齢	満	才
発病年月日	年	月	日	死亡の年月日時分	年	月	日	午前 午後
死亡の場所	病院 診療所 助産所 自宅 その他 (病院、診療所、助産所は名称、自宅、その他は住所等)							
死亡の種類	1. 病死および自然死 2. 1.以外の死因 2.の詳細: 不慮の中毒死 その他の災害 自殺 他殺 その他および不詳							
死亡の原因	A. 直接死因							
	B. Aの原因							
	C. Bの原因							
その他の特筆事項								
上記のとおり診断（検案）する。 年 月 日								
医療施設の所在地、名称、担当医師の氏名の記入と押印をお願いいたします。								

③死体火葬（埋葬）許可証記載事項証明書

交付 年 月 日 第 号

死亡者の本籍									
死亡者の住所									
死亡者の	氏名		性別	男	女	出生の年月日	年	月	日
死因	法定伝染病 その他								
死亡年月日	年	月	日	午前	午後	時	分		
死亡の場所									
火葬の場所									
申請者の	住所								
	氏名		死亡者との続柄 (身分関係)						
上記は死体火葬（埋葬）許可証の写しであることを認証する。 年 月 日									
市区町村長									