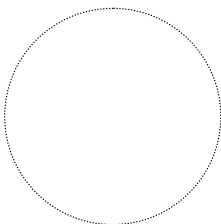


家族埋葬料・家族埋葬料付加金請求書

被 保 険 者 証	記号		分室		氏 名 No.	
	番号		所属			
死 亡 者	氏名				被保険者 との続柄	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		年 月 日		
	死亡年月日	平成		年 月 日	埋葬年月日	平成 年 月 日
	死亡原因					
死亡が第三者 の行為による 場合	第三者氏名					
	第三者住所					
	(氏名が不祥であるときはその旨)					
	事故の状況					
受 取 委 任 の 欄	上記により「家族埋葬料及び付加金」を請求いたします。 平成 年 月 日					
	被保険者 住 所					
	氏 名 (戸籍名) 印					
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)						
平成 年 月 日 被保険者氏名 (戸籍名) 印						

健保組合受付



注 意 事 項 ・ 添 付 書 類 等

- ・ 家族埋葬料 ¥50,000 ・ 家族埋葬料付加金 ¥30,000 です。
- ・ 鉛筆書き、記入・捺印漏れは受け付けられません。
- ・ 家族埋葬料・付加金請求の対象者は、塩野義健康保険組合の被扶養者であった者です。
- ★この請求書には次のいずれかを必ず添付すること。
 (死亡診断書(写)・火埋葬認可書(写)・抹消済戸籍抄本(写)・事業主の死亡に関する証明書等)