

【家族が死亡したとき】

・給付対象者は健保被扶養者のみです。

塩野義健康保険組合理事長殿

家族埋葬料・家族埋葬料付加金請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	×	分室	×	×	氏名 No.	×××××
		番号	×××××	所属	×	×		
	氏名	塩野義 花子		被保険者との続柄	母			
	死亡	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平                 20年5月26日					
	死亡年月日	平成28年1月13日	埋葬年月日	平成28年1月15日				
	死亡原因	胃がん						
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28年2月20日							
被保険者住所 大阪市中央区道修町2-6-6								
氏名(戸籍名) 塩野義 太郎								
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。								
(任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)								
平成28年2月20日								
被保険者氏名(戸籍名) 塩野義 太郎								
印								

・死亡が第三者の行為ではない場合は記入不要。  
・第三者行為による場合は第三者行為傷病届の提出が必要ですので、健保組合に請求して下さい。

家族埋葬料・埋葬料付加金請求書を記入した日付を記入。

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)