

【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	×	×			
	死 亡 者	氏名	健保 花子			被保険者との続柄	母		
		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 30年 1月 13日			埋葬年月日	平成 30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 30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) 健保 太郎								
	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 30年 2月 20日 被保険者氏名(戸籍名) 健保 太郎								

・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円 ・ 家族埋葬料付加金 30,000円 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)

