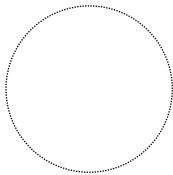


家族埋葬料・家族埋葬料付加金請求書

|                                                |                                                                                                                                      |                  |    |     |   |       |          |          |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|-----|---|-------|----------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 被保険者 記号                                                                                                                              |                  |    | 会社名 |   | 所 属   |          |          |
|                                                | 証の 番号                                                                                                                                |                  |    | 事業所 |   | 氏名No. |          |          |
|                                                | 死亡者した被扶養者の                                                                                                                           | 氏 名              |    |     |   |       | 被保険者との続柄 |          |
|                                                |                                                                                                                                      | 死 亡 年 月 日        | 令和 | 年   | 月 | 日     | 埋葬年月日    | 令和 年 月 日 |
|                                                |                                                                                                                                      | 死 亡 原 因          |    |     |   |       |          |          |
|                                                | 死亡が第三者の<br>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            |    |     |   |       |          |          |
|                                                | 上記のとおり請求いたします。<br>令和 年 月 日<br>〒<br>被保険者 住所<br><br>氏 名 (戸籍名)                                                                          |                  |    |     |   |       |          |          |
| 受<br>取<br>委<br>任<br>の<br>欄                     | 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。<br>※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、必ず記入してください。<br>(任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入不要です)<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名 (戸籍名) |                  |    |     |   |       |          |          |

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