保 険 者 記 入 欄	健康保険組合		
	常務理事	事務長	担当者
	支給金額		円

受付月日

整理番号			
月別	番号		

事業主側經由所属		
長	長	担当者

入力受付No.

家族埋葬料請求書

令和 年 月 日

被保険者番号		被保険者氏名		
被保険者住所			被保険者所属	
死亡者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因		
労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。			
第三者の行為 によって死亡 した場合	事 実			
	第三者 の氏名		第三者 の氏名	
(※)死亡に関する 市区町村長の 証明	令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	市区町村長名	(印)	

(※死亡診断書等死亡に関する証明を添付した場合は、上記証明欄は不要)

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】

(令和6年12月)