

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6年12月15日

被保険者番号	5 1 2 3 4 5 6	被保険者名	健 保 太 郎		
被保険者住所	〇〇県〇〇市△△町1番1号		被保険者所属	〇〇(株)〇〇支店△△部	
死亡者氏名	健 保 花 子	生年月日	昭和 平成 令和	41年 7月 1日	被保険者との 続柄 実母
死亡年月日	令和6年11月1日	死亡の原因	心不全		
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 市区長村長の 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)