

|                            |        |     |     |
|----------------------------|--------|-----|-----|
| 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>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<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |
| 死亡年月日                     | 令和 年 月 日                     | 死亡の原因      | 被保険者との<br>続柄            |
| 労働災害該当の有無<br>(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<br>によって死亡<br>した場合  | 事 実                          |            |                         |
|                           | 第三者<br>の氏名                   | 第三者<br>の氏名 |                         |
| (※)死亡に関する<br>市区町村長の<br>証明 | 令和 年 月 日<br>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)