

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

被保険者証番 号		被保険者氏 名			印
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	平成 ・ 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 市町村長の 証 明	令和 年 月 日	死亡した事を証明する。	市 町 村 長	住所  氏名	印

(※死亡診断書等死亡に関する証明を添付した場合は不要)

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】

(令和元年5月)