

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

令和元年 5月 15日

被保険者証 番 号	5 1 2 3 4 5 6	被保険者 氏 名	健 保 太 郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
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	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 21年 7月 1日 平成 令和	被 保 険 者 と の 続 柄 実母
死亡年月日	平成 令和 元年5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)	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span> ・ 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	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

(※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)