

# 家族埋葬料請求書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、家族埋葬料を請求します。

			請求日	令和	年	月	日
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要			
被保険者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
住所 電話番号	〒(      -      )						日中に連絡可能な電話番号 (      -      -      )
事業所 所属 社員番号	会社名	支店・営業所・部門			社員番号 (      )		
請求者記入欄	亡くなった方の 氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	月	日
					<input type="checkbox"/> 平成		
	死亡年月日	令和	年	月	日	埋葬日	令和
	死亡原因	第三者の行為によるものである <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、『第三者による傷病届』を提出してください。					
	給付金請求額	50,000      円 ※一律					
		(会社名)					
委任状	本請求に基づく給付金の受領を						に委任する。
	令和      年      月      日						被保険者 自筆署名

※ 提出前に記入および添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

- 死亡年月日が確認できる書類  
死亡診断書、埋火葬許可証のコピー

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日: 令和      年      月      日	
社会保険労務士 確認欄	

健保組合 担当

健保組合 受付印