

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 9	番号 99999	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	九工 太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川○丁目○番○号		日中に連絡可能な電話番号 (000 - 000 - 0000)		
事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●●	支店・営業所・部門 ▲▲支店	社員番号 (987654)		
亡くなった方の 氏名	九工 花子		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
死亡年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		埋葬日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
死亡原因	心不全のため		第三者の行為によるものである <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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				
委任状	本請求に基づく給付金の受領を		(会社名)	株式会社●●	
	に委任する。				
	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		被保険者 自筆署名	九工 太郎	

※ 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	担当者 日付印
担当者名	または
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

決議欄 健保組合	支給済金額	健保組合 担当
	円	
	今回支給決定額	
	円	

健保組合 受付印