

伺い年月日		年 月 日		支 給 額				常務理事	
支 給 決 議 書	資 得	年 月 日		法					
	格 喪	年 月 日							
	被者扶養資格	有 ・ 無							主任
	備考								担当者

家族(被扶養者)埋葬料請求書

【請求上の注意】

(1) 家族(被扶養者)埋葬料は、健康保険上の被扶養者の死亡に關し給付します。
(2) 死亡証明は、事業主証明にかえて市区町村の埋(火)葬許可証(写)、死亡診断書(写)でも可能です。
(3) 死亡が第三者の行為によるものであるときは、その具体的状況を備考欄に記入するとともに、所定の「健康保険 第三者行為による傷病届」を提出してください。又、死亡が病死、自然死以外の場合にもその原因を備考欄に具体的に記入してください。

被 保 險 者 の 記 入 欄	① 被保険者の氏名			② 住所	〒	
	③ 健康保険被保険者	記号	④ 事業所名称所在地	TEL () -		
		番号				
	⑤ 死亡したものの氏名	年 月 日生		⑥ 被保険者との続柄		
	⑦ 死亡の年月日	年 月 日		⑧ 死亡の原因		
⑨ 備考						

事死	上記の者	年 月 日	死亡したことを証明します。
業亡		年 月 日	
主証	住 所		
の明	事業主 氏名		

年 月 日 提出

受領委任の欄	本請求書に基づく給付金の受領を	事業所 氏名	に委任します。
		被保険者 (委任者) 氏名	

受 付 日 付 印

静岡県中部機械工業健康保険組合