

家族埋葬料
埋葬附加金

請 求 書

請求年月日	令和 年 月 日	事業所（会社） の名称	
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	(フリガナ)
			被保険者氏名
連絡先住所・ 電話番号	(〒 -) (TEL :)		
亡くなった 被扶養者氏名		被保険者との 続柄	
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因	
第三者の行為に因るものであるか否か		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。</small>	
委任状	給付金の振込について： 健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。 給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。		
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名		

K006

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印