家族埋葬料
家族埋葬料付加金　請求書

きんでん健康保険組合理事長　殿

請求年月日	年　月　日

被保険者（本人）請求	被保険者等	記号		氏名	（　年　月　日生）	㊞
		番号				
	住所	（郵便が届くように書いて下さい）〒（　－　）				
	所属事業所	（会社名）　（室・部・支店（社））　（課・所）				
	死亡した被扶養者の氏名		年　月　日生	被保険者との続柄		
	死亡年月日	年　月　日	死亡の原因			
	死亡が第三者の行為による場合は	加害者の氏名		加害者の住所		
	委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される　家族埋葬料・家族埋葬料付加金　の受領を委任します。 年　月　日　被保険者氏名　㊞				

被扶養者の死亡に関する事業主の証明	氏名		事業所所在地
	死亡年月日	年　月　日	事業所名称
	死亡したことを証明する。 年　月　日		事業主氏名　㊞

組合処理	家族埋葬料	円	常務理事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日
	家族埋葬料付加金	円							
	合計	円							
	資格取得日	年　月　日	備考						
	資格喪失日	年　月　日							
	被扶養者認定日	年　月　日							

被保険者のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記載欄 （記号・番号を記入した場合は記入不要）												

受付印

※ 被保険者へのご注意

1. この請求書には、次の書類のうちのいずれか一つを添付して下さい。
   「市区町村長の埋葬（火葬）許可証の写」「死亡診断書」
   「死体検案書又は検視調書の写」「事業主の証明」
2. 第三者の行為によって死亡したときは「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。

（2024.11）