

支給決定年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日
支給決定額	¥
埋葬料(本人・家族)	¥
埋葬付加金	¥

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者:家族 埋葬料(費)請求書

請 求 者 記 入 欄	被保険者証記号・番号		被保険者氏名		生年月日	
	—				昭 平 令	年 月 日生
	所属事業所の名称			資格取得日	年 月 日	
				資格喪失日	令和 年 月 日	
	死亡原因			死亡年月日	令和 年 月 日	
	第三者行為によるものですか			はい : いいえ		
	※ 被保険者(本人)が死亡した場合					
	請求者氏名			被保険者と請求者の 関係(続柄)		
	請求者住所	〒		TEL		
	※ 被扶養者である家族が死亡した場合					
被扶養者氏名		生年月日		続柄		
		昭・平・令 年 月 日生				

事 業 主 証 明 欄	死亡した者の氏名			死亡した年月日	令和 年 月 日		
	うえの通り相違ないことを証明します。					令和 年 月 日	
	事業主住所 氏名			TEL			

東洋水産健康保険組合理事長 殿

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領を			に委任します。		
	請求者氏名			(自署)		

振込口座を公金受取口座とする場合は本申請とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

R6.11

《添付書類》 1.死亡診断書(写)、または埋葬許可書(写)

※被保険者(本人)死亡の場合で、被保険者に家族・身寄りの者が居ない場合⇒埋葬に要した費用の領収書

《注意事項》 1.死亡原因が業務上、または通勤途上中の事故による場合は労災からの給付がある為、健保からの給付はありません。

2.被保険者が死亡した際は、請求者が記入して下さい。

3.任意継続者で保険料を自動引落で納入していた場合、「埋葬料」は引き落としの郵便口座へ入金します。

東洋水産健康保険組合