

家族埋葬料請求書

健保受付印

住友金属健康保険組合 御中

請求者の記入欄	被保険者証記号番号	10	1234567	請求者	
	死亡年月日	平成14年3月30日		請求年月日 平成14年4月5日	
	死亡者	氏名			住所 大阪市 区 町
		生年月日	M T S H	年 月 日生	番地
	死亡原因	(病名)	心不全		所属 室 社員番号 1234567
				氏名 (印) TEL(内線) 123	
	第三者行為によって死亡した場合はその事実及び第三者の住所・氏名				

事業主証明欄	死亡者氏名		死亡年月日	平成 年 月 日
		平成 年 月 日		
			所属長証明印	(印)
		所在地		
		名称		
	事業主代理人		(印)	

- (注) 1. 死亡診断書あるいは埋火葬許可証等の写しを添付して下さい。
2. 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。