

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

埋葬料（費）家族埋葬料支給請求書

該当者 いずれかに○印	<input type="radio"/>	本人
	<input type="radio"/>	家族

1. 請求者が扶養家族の場合死亡診断書か埋葬許可書。
2. 請求者が扶養家族以外の場合は死亡診断書等と死亡者と関係のわかる戸籍のコピー等が必要になりますので、健保へお問い合わせ下さい。

添付書類

記号	番号	会社名	所属	
1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	電話番号 123-1234 〇〇部 〇〇課	
死亡者氏名	健保 一郎		家族死亡の場合は続柄	
死亡年月日	〇〇年 〇月 〇日	被保険者との生計維持関係	有・無	
埋葬年月日	〇〇年 〇月 〇日			
死亡の原因	〇〇〇			
被保険者死亡 又は退職の方はご記入ください。				
希望送金先	銀行名	ゆうちょ銀行不可 〇〇銀行	銀行コード 1 2 3 4	預金種別 普通 当座 貯蓄
	支店名	〇〇支店	支店コード 1 2 3	
	口座名義	カタカナで記入 ケンポ ハナコ	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇月 〇日 被保険者死亡の場合必ず記入して下さい。(ゆうちょ銀行以外) 号 012-123-1234 〒123-1234				
住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇				
請求者氏名		健保 花子 (健保)	〔本人死亡の場合 妻 本人との続柄〕	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。				
			備考欄	

事業主証明欄	上記の通り相違ありません。	記号・番号で申請の方は記入の必要はありません。
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主(代理人)氏名 (印)	
	電話番号 (担当者氏名 (印) TEL)	

支給対象額	支払区分	健保受付印
円	1. 個人 2. 任継 上記以外事業主	