

様式 41

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		本人
	○	家族

死亡日の確認出来る書類
(死亡診断書・埋葬許可書)
又は事業主証明が必要です。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 花子		家族死亡の場合は続柄 妻
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	銀行コード
	支店名		コード
	口座名義	カタカナで記	口座番号
退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要			
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇月 〇日 電話番号 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 一郎	{ 本人死亡の場合 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。 事業所所在地 事業所名称 事業主(代理人)氏名 電話番号 (担当者氏名 TEL)	記号・番号で申請の方は 記入の必要はありません。
--------	--	-----------------------------

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	