

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	家族埋葬料

厚生担当個所経由印

担当	各長
----	----

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

## 家族埋葬料請求書 [ERP 対象事業所用]

被保険者証 記号・番号		請年 月 日	求日	令和 年 月 日
被保険者 氏名	フリガナ	印	会社名 所属	
死亡者 氏名	フリガナ	被保険者に対する続柄	死亡者の 生年月日	年 月 日
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。			

医師の 証明  〔 市町村長が証明する 場合は別紙を添付 する 〕	死亡者氏名	フリガナ	死亡年月日	令和 年 月 日
	死亡の原因 (傷病名)			
	第三者行為による ときはその事実および 第三者の住所・氏名			
	上記のとおり相違ありません。			
	令和 年 月 日	住所 氏名	印	

死亡者が被扶養者に	該 当	非該当
家族埋葬料支給決定額		

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。  
 2. 死亡の証明者が市町村長の場合は、証明欄に「別紙添付」と記入し、戸籍謄本(抄本)の正、死亡診断書の写、火葬許可証の写のうちいずれか一通を添付して下さい。

受付印

出納印