

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 兼 被扶養者異動届(編入事業所用)

被保険者証 記号・番号				請年	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 名義の口座	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号			
	銀行		支店		普通 当座				

医師の証明 (場合は別紙を添付 市町村長が証明する)	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。  
 3. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。

受付印

出納印