

家族埋葬料	50,000円
-------	---------

常務理事	事務長	担当者

家族 埋葬料請求書

請求者は、太枠の中を記入して下さい。

被 保 険 者 証		死亡した被扶養者（家族）の氏名	生年月日			性別	続柄
記 号	番 号		大・昭・平・令				
			年	月	日	男 女	
死亡年月日		令和 年 月 日	埋葬年月日		令和 年 月 日		
死亡原因							
第三者の行為によって死亡した場合には、その事実並に住所氏名							
<p>上記の通り請求いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>シナネン健康保険組合 理 事 長 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 の</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>							
<h3>委 任 状</h3> <p>事業主を代理人として健康保険組合より支給される埋葬料（費）または 家族埋葬料の受取方の件を委任いたします。</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 の 氏 名 _____</p>							

死亡に関する事業主の証明（任継は不要）	は 令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	事業主の住所氏名
---------------------	-------------------------	----------

※時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。
 ※任継の方が請求する場合、事業主の証明に代えて「死亡の証明書」を添付してください。

受付