

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		明・大	昭・平			
99	9999	品川 太郎	年	月	日	男	父
			99	99	99	女	
死亡年月日	平成 99年 99月 99日	埋葬年月日	平成 99年 99月 99日				
死亡原因	心不全						
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							
上記の通り請求いたします。							
平成 99年 99月 99日							
シナネン健康保険組合 理事長 殿							
住所 神奈川県横浜市							
被保険者の 氏名 品川 二郎							
委任状							
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。							
被保険者の 氏名 品川 二郎							

死亡に関する 事業主の証明 (任継は不要)	平成 年 月 日 死亡したことを証明する。	は	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