

(経路)所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

令和 年 月 日 被保険者 埋葬料 (費) 請求書  
家族

受 付 印	
健保組合	事業所

C	5 9	整	組 合 記 入			常務理事		
/		理						
#	7 9	No.						

あなたが記入するところ	社員番号		所 属 事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株) 任意継続	被保険者氏名		(印)													
	被 保 険 者 証 記号		所 属 部 署	本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所	〒	TEL													
	死亡者氏名		続柄		(被保険者が死亡のとき記入)	請求者氏名	(印)													
	生 年 月 日		年		月		日	被保険者との続柄	〒											
	死 亡 年 月 日		令和		年		月		日	申請者住所										
	埋 葬 年 月 日		令和		年		月		日	TEL										
	死亡原因(病名)									第三者が埋葬した時の埋葬費用 (証拠書類を添付) 円										
	希望する振込先	銀行名		支店名		預金科目		口座番号												
	死亡が第三者の行為によるときは、その事実および第三者の氏名住所 事実経過																			
	<div style="text-align: right;">           加害者氏名 _____            住所 _____            〒 _____            TEL _____         </div>																			
事業主の証明	上記の者が令和 年 月 日に死亡したことを証明します。 令和 年 月 日 事業主の所在地 名称 _____ (印) 記載者氏名 _____ (印) 氏名 _____																			
健保記入欄	被 保 険 者	埋葬料(埋葬費)								円	家 族	埋葬料								円
		支給金合計								円			支給金合計							円

※家族埋葬料の場合は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。  
支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。