

部門	歳出部	50,000円	
款	保険給付費	家族埋葬料	50,000円
項	法定給付費		
目	家族埋葬料		

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

家族 埋葬料請求書

あなたの事業所の
番号です

あなた個人の
番号です

※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		性別	続柄	
記 号	番 号		元号	年			
1	234567	健 保 太 郎	5 昭和 7 平成	20	1 男 2 女	父	
死亡年月日		平成 23 年 8 月 1 日	埋葬年月日		平成 23 年 8 月 5 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 23 年 8 月 15 日							
富士フィルムグループ健康保険組合 常 務 理 事 殿							
住所 南足柄市狩野 4-3-2 103号							
被 保 険 者 の 氏 名 健 保 康 一							
※任継・特退の方は、委任状欄の記入不要							
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 健 保 康 一							

死亡に関する 事業主の証明 (任継・特退は不要)	は 平成 年 月 日 死亡したことを証明する。	事業主の住所 氏名及び印	印
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	---

※ 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・特退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。