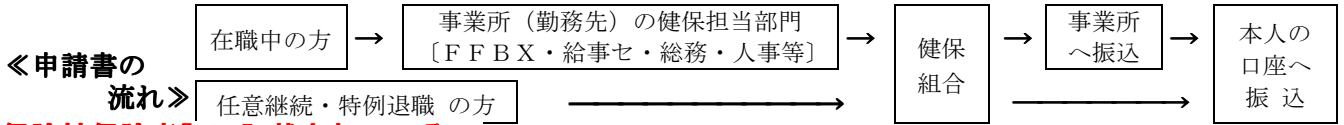


事業所担当者確認印	金額	支給決定伺			
	埋葬料(費)	平成 年 月 日			
←任継・特退の加入者は押印不要	¥	常務理事	事務長	GL	担当者



健康保険被保険者証に記載されている「記号」と「番号」をご記入ください

埋葬料(費)請求書
 選択肢の有る項目は、該当を○で囲んでください

※太枠の中を記入して下さい。

被保険者証		死亡した被保険者(本人)の氏名		死亡年月日	
記号 8886	番号 5432	健保太郎		平成28年12月20日	
生計維持関係	有	請求者からみた被保険者の関係	続柄	夫	
	無	<<生計維持関係「無」の場合のみ記入>> 埋葬・火葬・葬儀等を行った日及びその費用		平成 年 月 日	
死亡原因	心不全				

亡くなった方の葬儀等の費用を支払ったことが記載されている

保険者証の記号・番号(太枠)で申請する方は、備考欄へ記入してください。
 ※マイナンバーで申請の場合:-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。
 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

上記の通り請求いたします。
 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。
 富士フイルムグループ健康保険組合 常務理事殿

平成29年1月5日

請求者の住所 南足柄市狩野 4-3-2 103号

氏名 健保康子

請求者の方と費用を支払われた方の氏名が一致している

健保

領収証

健保康子

2016年12月23日

金額 ¥ 1 3 5 8 8 0 0

健保太郎様葬儀代として

上記金額正に領収致しました

株式会社 健保葬祭

住所 南足柄市狩野 4-3-2 103号

本店支店出張所

金融機関コード

支店コード

口座名義 (フリガナ) 健保康子

(フリガナ)

〒番号

種目 1

口座番号(右詰)

ケホ ヤスコ 健保 康子

〒番号

種目

口座番号(右詰)

1

で時効となります。

添付書類
 の方のみ『死亡の証明書』
 正、死亡診断書、死体検案書のいずれか)
 :の方は、事業主の証明

埋葬費	上記に該当しない(生計維持関係がない)場合、実際に埋葬を行った人	上記証明書に加え、埋葬費用の領収書等の写し 「死亡した方の氏名」「埋葬した方の氏名」 「埋葬費用」が明記されている証拠書類
-----	----------------------------------	---