

事業所担当者 確認印
←任継・特退 の加入者は 押印不要

金額
¥50,000-

支給決定伺		
令和 年 月 日		
GL	担当者	担当者

《申請から給付の流れ》



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

家族埋葬請求書

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		死亡した被扶養者(家族)の氏名	生年	性別	続柄
記号	番号				
76	5432	富士 康一郎	昭 21 平・令 年	男 女	父
死亡年月日	令和 2 年 12 月 18 日	埋葬(予定) 年月日	令和 2 年 12 月 23 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					
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、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。					備考欄

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。

令和 3 年 1 月 5 日

富士フィルムグループ健康保険組合
理事長殿

住所 南足柄市狩野 4-3-2 103号
氏名 富士 太郎

被保険者の

死亡に関する 事業主の証明 (任継・特退は不要)	は 令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	在職中の方は、 事業主の証明が必要です	(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。