

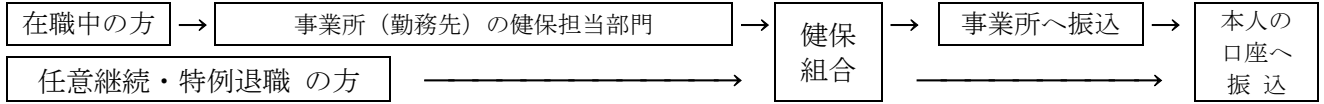
事業所担当者 確認印

←任継・特退
の加入者は
押印不要

金額
¥50,000-

GL	担当者	担当者

《申請から給付の流れ》



家族 埋葬料請求書

※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				
			昭・ 平・令 年	男 女	
死亡年月日	令和 年 月 日	埋葬(予定) 年月日	令和 年 月 日		
死亡原因					
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	
<p>上記の通り申請いたします。</p> <p>また在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。</p> <p>申請した内容に不明な点が有った場合、富士フィルムグループ健康保険組合が関係機関等に対して、内容照会を行うことおよび当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿</p> <p>被保険者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>					

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。	事業主の 住所・氏名 及び印	
--------------------------------	------------------------------------	----------------------	--

※ 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。