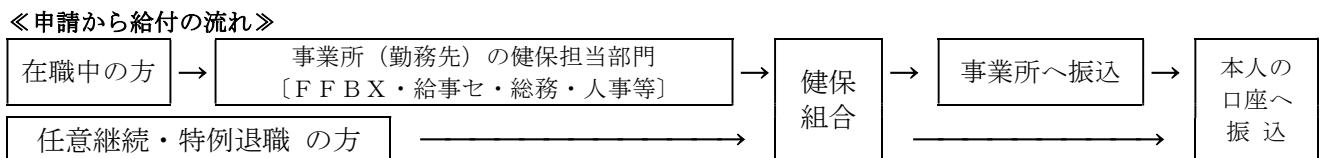


事業所担当者 確認印	金額 ¥50,000-	支給決定伺			
		令和 年 月 日			
←任継・特退 の加入者は 押印不要		常務理事	事務長	GL	担当者



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

家族埋葬料請求書 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 記号 番号		死亡した被扶養者(家族)の氏名	生 年	性別	続柄
76	5432		富士 康一郎	昭平 21年 平・令 年	男 女
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

被保険者の氏名 富士 太郎

死亡に関する事業主の証明 (任継・特退は不要)	令和 年 月 日	は 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。