

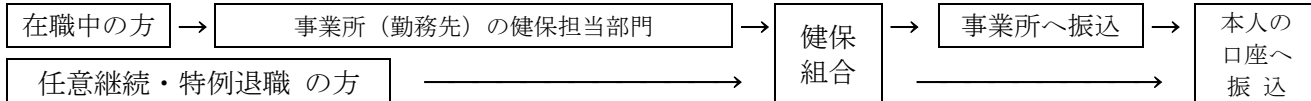
事業所担当者 確認印

←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》



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>上記の通り請求いたします。</p> <p>また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。</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 style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">被 保 険 者 の 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	(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。