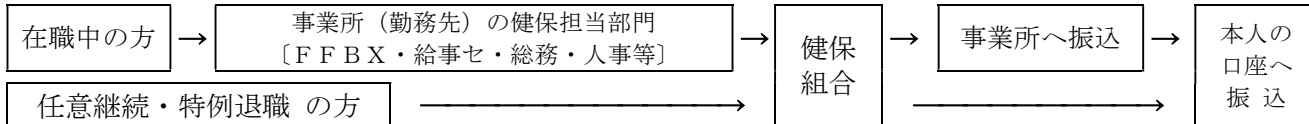


事業所担当者 確認印	金額	支給決定伺			
		令和 年 月 日			
←任継・特退 の加入者は 押印不要	¥50,000-	常務理事	事務長	GL	担当者

《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 _____ (印)</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。