

(経路)所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

平成 年 月 日 被保険者 埋葬料 (費) 請求書
家族

受 付 印	
健保組合	事業所

C	59	整	組 合 記 入			
/		理				
#	79	No.				

常務理事		
------	--	--

あなたが記入するところ	社員番号		所 属 事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株) 任意継続	被保険者氏名		(印)							
	被 保 険 者 証 記号	番 号	所 属 部 署	本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所									
	死亡者氏名		続柄		(被保険者が死亡のとき記入)									
	生 年 月 日	年 月 日			請求者氏名		(印)							
	死 亡 年 月 日	平成 年 月 日			被保険者との続柄	〒								
	埋 葬 年 月 日	平成 年 月 日			申請者住所	〒								
	死亡原因(病名)				第三者が埋葬した時の埋葬費用 (証拠書類を添付)		円							
	希望する振込先	銀行名 支店名	預金科目		口座番号									
	死亡が第三者の行為によるときは、その事実および第三者の氏名住所 事実経過													
	<div style="text-align: right;"> 加害者氏名 _____ 住所 _____ 〒 _____ TEL _____ </div>													
事業主の証明	上記の者が平成 年 月 日に死亡したことを証明します。 平成 年 月 日 事業主の所在地 名称 _____ (印) 記載者氏名 _____ (印) 氏名 _____													
健保記入欄	被 保 険 者	埋葬料 (埋葬費)				円	家	埋葬料						円
		支給金 合計				円	族	支給金 合計						円

※家族埋葬料の場合は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。
支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。