健康保険　家族埋葬料･埋葬料付加金支給申請書

常務理事	事務長	審査	担当者

被保険者 記号	被保険者 番号	所属事業所
2 8		

被保険者	氏名	印	居住住所	〒　　ー
	昭和 平成　年　月　日生		電話番号	(　　)　　ー

※該当欄に☑を記入してください。

死亡した人		続柄	
死亡原因		死亡年月日	令和　年　月　日
第三者行為によるものですか	□ はい　※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届」を提出してください。 □ いいえ		
添付書類	●死亡診断書または市区町村の埋(火)葬許可書のコピー		
申請者委任欄	上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和　年　月　日　被保険者氏名　印		

※死亡診断書または市区町村の埋(火)葬許可書のコピーが添付できない場合

死亡した人		死亡年月日	令和　年　月　日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日	市区町村長　所在地 事業主の名称　印 医師氏名		

＜健保記入欄＞

支給決定日		備考	
家族埋葬料			
埋葬料付加金		支給額	

中電工健康保険組合

07.04健保用