

# 埋 葬 料 ( 費 ) 請 求 書

## 家 族 埋 葬 料

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日提出

下記の通り死亡診断書(写し)\*<sup>1</sup>を添えて請求します。

※印欄は死亡者が被保険者である場合にご記入ください。	請求者氏名	⑩	被保険者証 記号番号	—			⑩
	住所・連絡先	〒 TEL			死亡者との続柄		
	事業所名			所 属			
	※死亡した被 保険者氏名			※生年月日			
	被扶養者の場 合はその氏名			生年月日		続柄	
	死亡年月日	平成 年 月 日	死亡原因				
	埋葬を行った 年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した 総費用		円		
	死亡者が第三者行為に よる場合は、第三者の 氏名、住所	「第三者行為による傷病届」を併せて提出してください。 第三者の住所： 氏名：					

\*1 市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し、死体検案書若しくは検視調書の写しでも可

支給決定伺	支 給 伺	平成 年 月 日	担 当	課 長	事務長	常務理事
	支 給 日	平成 年 月 日				
	支 給 額					

委任状	上記の受領を委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名	に ⑩
-----	------------------------------------	--------

\* 給付金の支払いは、家族埋葬料では健保に登録されている被保険者の口座へ、埋葬料(費)では請求者の口座への振り込みになります。  
 解約された方・登録されていない方は裏面に口座を記載してください。