

健 保 記 入 欄	支 給 額	円	決 議			資 格	取得	年 月 日
	支 給 日		常務理事	業務部長	係		喪失	年 月 日
							備 考	

東京海上日動健康保険組合 御中

家族埋葬料請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 等 記 号 番 号※1	-		マイナンバー※2 (任 意 記 入)	***** (被保険者等記号番号が不明な場合のみ 要本人確認書類)
	被 保 険 者 名			事 業 所 名	
	死 亡 し た 被 扶 養 者 名			死 亡 し た 被 扶 養 者 日	1.昭 年 月 日 2.平 3.令
	被 保 険 者 と の 続 柄			死 亡 原 因	
	死 年 月 日	令和 年 月 日	死亡は業務 (又は通勤中)に よるものですか？		はい ・ いいえ
	他 者 の 行 為 に よ る も の で す か	はい ・ いいえ			
	上記により家族埋葬料を請求します。				
	令和 年 月 日				
	住 所	〒			
	氏 名 *				
自 宅 電 話			携 帯 電 話		
給 与 受 取 口 座	銀行	支店	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	名義(カタカナ)				

※1 被保険者等記号番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。
※2 マイナンバーは、被保険者等記号番号を記入すれば、記入不要です。なお、被保険者等記号番号を記入せず、マイナンバーでの請求をご希望の方は、
予め健保組合にご連絡 ください。

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。
①訂正箇所に二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する
②訂正箇所に二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒「氏名*」の横に同じ印を押す

事 業 主 の 証 明	死 亡 し た 被 扶 養 者 氏 名		死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。			
	令和 年 月 日			
	(事業所所在地) (事業所名称*) (代表者氏名)			

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。
①訂正箇所に二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣に訂正者のフルネームを小さく署名する
②訂正箇所に二重線を引く ⇒ 事業主印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒「事業所名称*」の横に同じ印を押す

受 付 印 202412