被保険者(本人)が死亡した場合

☑ 被保険者

□ 被扶養者(家族)

埋葬料(費)支給申請書

常務理事	事務長	担当者				

	記号·番号	XXXX	- XX	XXXXXX			番号 連絡先	XXX-XXX-XXXX						
	会社·事業所名	3 〇〇株式会	社 〇〇事業所			部署	署名	OO部OC			O課			
被保険	フリガナ	5	ケンコウ タロウ						□ 昭和 ☑ 平成					
	被保険者氏名	í	健康 太郎	健康太郎		生年月日			Y 年	М	月	D 日		
	死亡者氏名	健康	太郎		被保险被扶着		^	続柄		本	ا			
	死亡年月日	令和 Y 年	· M 月	DΒ		埋葬年	∓月日	令和 Y 年 M 月 D 日						
	死亡要因	心不全	心不全											
者	第三者行為	□ はい ☑ いいえ												
申	通勤途上ま/	こは業務中によるも	のですか		□ はい	١ 🔽	いいえ							
丨請	① 被保険者(本人)が死亡した場	合の申請											
者)記入欄	請求者氏名		健康花子					妻						
	請求者連絡先	住所	OO県	OO市OC)町 X-	-X-X								
		電話	XXX-	XXX-XX	ΧX									
	振込先情報金融機関コード	1		:	種目	ı		- ·	フリガナ					
	金融機関コード は													
	② 被扶養者(家族)が死亡した場合の申請													
	在職中の		□ チェック不要 iすることに同意します。											
	添付書類 : 申	請書にホチキス質	習めして下さ	<u>-</u> ۱۷.										
	・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名 (サイン)を記入してください。													
事	上記のとおり相	違ないことを証明し					【事業主へ	お願い】						
業主の証	所在地名 称	令和 年	月	日	問合	せ担当名	訂正は	類が揃ってい 二重線で抹消)を記入して<	(し正しい			者氏名		
明欄							←担当者データ印または朱印							
健	支給額				₹	泛給日	f	和	年	月		日		
保記入欄	備考				<u> </u>									

埋葬料(費)支給申請書 被扶養者(家族) 電話番号 記号·番号 XXXX **XXXXXX** XXX-XXX-XXXX 日中の連絡先 会社·事業所名 〇〇株式会社 〇〇事業所 部署名 〇〇部〇〇課 フリガナ ケンコウ タロウ □ 昭和 ☑ 平成 生年月日 被保険者氏名 健康 太郎 Y 年 M 月 D 日 □ 被保険者 ① へ 健康 花子 死亡者氏名 続柄 妻 被扶養者 ☑ 2 ^ 令和 令和 死亡年月日 埋葬年月日 Y 年 M 月 D 日 Y 年 M 月 D 日 心不全 死亡要因 保 険 第三者行為によるものですか □ はい ☑ いいえ 者 ☑ いいえ 通勤途上または業務中によるものですか □ はい 申 請 者 記 入欄 ② 被扶養者(家族)が死亡した場合の申請 在職中の給付金支払い 任意継続者チェック不要 添付書類 : 申請書にホチキス留めして下さい。 ・添付書類が揃っているかご確認ください。 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。 ・古河電工健保組合未加入の家族は対象外です。 上記のとおり相違ないことを証明します。 【事業主へお願い】 令和 日 業主の ・添付書類が揃っているかご確認ください。 問合せ担当名 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名 所在地 (サイン)を記入してください。 証 名 称 明 代表者氏名 住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください ←担当者データ印または朱印 支給額 支給日 令和 年 月 \Box 健 保 記 入欄 備考

常務理事

事務長

担当者

古河電工健保組合加入の家族が死亡した場合

□ 被保険者