

| | | | | | | |
|-------|-------|---|-------|------|----|----|
| 支給決定伺 | 年 月 日 | | 死亡年月日 | 常務理事 | 主任 | 担当 |
| | 支給額 | 円 | 年 月 日 | | | |
| | 備考 | | | | | |

家族埋葬料請求書

| | | | | |
|-----------------------------------|------|-----|--------|----------|
| 被 保 険 者 証 | 記 号 | 番 号 | (職場名) | |
| 死亡した被扶養者の氏名 | | | | |
| 死亡した被扶養者の生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 被保険者との続柄 |
| 死亡年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 死亡の原因 | | | | |
| 死亡が第三者の行為によるときは、第三者の住所、氏名及びその時の状況 | (住所) | | | |
| | (状況) | | | |

上記によって金 50,000 円 を請求します。

三井E&S健康保険組合 御中 被保険者住所 _____ 年 月 日
 _____ 氏名 _____ 印

上記金額の給付を事業主に委任します。 _____ 年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中 氏名 _____ 印