

被扶養者が死亡した場合の請求書類

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 1010	番号 12345	(職場名 )
死亡した被扶養者の氏名	健保 花子		
死亡した被扶養者の生年月日	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日 生	被保険者との続柄	妻
死亡年月日	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日		
死亡の原因	胃がん		
死亡が第三者の行為による場合は、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 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日  
東京都中央区築地 1-1-1  
氏名 健保 太郎 印

上記金額の給付を事業主に委任します。  
〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日  
三井E&S健康保険組合 御中  
氏名 健保 太郎 印