

旭化成健康保険組合 殿

〈健保受付〉

伝票番号

旭化成健康保険組合

本人(被保険者) 埋葬料(費)請求書  
 家 族  
**※75歳以上対象外**

本人(被保険者)・請求者記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		朱肉使用	連絡先(TEL)		
	20				印	(職場・自宅)どちらかに○		
	・					( )		
	21							
	所 属							
	死亡者	氏 名			死亡年月日	平成・令和	年	月 日
		死 亡 原 因 (傷病名)						
	第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	「はい」の場合は、内容ならびに第三者の住所・氏名							
	上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日							
本人(被保険者)死亡時の請求者および希望振込先	住 所						朱肉使用	
	氏 名			被保険者との身分関係			印	
	銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号		口 座 名 義 人			
	銀行		支店		普 当			
事業主証明		上記の者は、平成・令和 年 月 日 死亡したことを証明します。						
被保険者死亡の場合のみ		事業主		印				
		令和 年 月 日						

[書類の流れ] ①本人死亡の場合:請求者→本人在職時の総務勤労窓口→旭化成健康保険組合

②家族死亡の場合:本人→旭化成健康保険組合

必要提出書類

- この申請書  
 家族埋葬料請求は医師の死亡診断書または埋火葬許可証の写

〈注意〉修正する場合は、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)