

被保険者(本人) 埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書
 被扶養者(家族)

事業所番号			

事業主へ令和 年 月 日提出

<事業所名>	
マネージャー	担当者

① 被保険者(申請者)

⇒ ②

⇒ ③

ENEOSグループ健康保険組合

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
 なお、当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が揭示されています。

請求者記入欄	被保険者証記号	番号	被保険者の会社名(出向元)		
	請求者氏名	(フリガナ) 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継を除く)		被保険者の事業所・所属	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	請求者住所	〒 - 電話番号 () -			
被保険者(本人)死亡の場合のみ記入する	被保険者氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者からみた請求者の続柄	
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因		
	添付書類等	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者(記号:8888)が死亡した場合		死亡診断書の写し	
		<input type="checkbox"/> 被扶養者である家族が請求する場合		添付書類なし	
		<input type="checkbox"/> 被扶養者ではない家族が請求する場合		埋葬許可証の写し、または火葬許可証の写し	
		<input type="checkbox"/> 被扶養者ではない家族以外の者が請求する場合 (埋葬年月日および埋葬に要した費用を記入のうえ、埋葬に要した費用の領収書および明細書添付)		埋葬年月日	令和 年 月 日
被扶養者(家族)死亡の場合のみ記入する	被扶養者氏名	生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因		
	書添付	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者(記号:8888)の被扶養者が死亡した場合		死亡診断書の写し	
死亡が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所および氏名					

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日
	事業所名	
	事業主名	

受付日付印