

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 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

事業主へ令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

① 被保険者(申請者)

⇒

| | |
|----------|------|
| <事業所名> | |
| 〇〇〇〇株式会社 | |
| マネージャー | 担当者 |
| 健保一郎 | 健保二郎 |

⇒

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掲載されています。

| | | | | | | |
|---|--|---|-------------|----------------------|----------------|---|
| 被保険者証記号 | 1234 | 番号 | 1234567 | 被保険者の会社名(出向元) | 〇〇〇〇株式会社 | |
| 請求者氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | 被保険者の事業所・所属 | 〇〇〇〇事業所 総務部 | |
| 生年月日 | 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | | |
| 請求者住所 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇1-1-1 | | | | | |
| 請求者記入欄 | 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 | 埋葬に要した費用 | 円 | |
| 被扶養者(家族)死亡の場合のみ記入する | 被扶養者氏名 | 健保 愛子 | 生年月日 | 昭和・平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 | 被保険者との続柄 | 妻 |
| | 死亡年月日 | 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 | 死亡原因 | 心不全 | | |
| 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