

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)  家族 埋葬料(費)請求書

※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)		連絡先(TEL)		
	20 ・ 21				(職場・自宅)どちらかに○ ( )		
	所 属						
	死亡者	氏 名		死亡年月日	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					
		氏 名		被保険者との 身 分 関 係			
銀 行 名		支 店 名		口 座 番 号			
銀行		支店		普 当			
事業主証明		上記の者は、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		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)