【第一生命従業員（ｷｬﾘｱﾛｰﾃｰｼｮﾝ者含む）】DN総務事務センター経由 ・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合　御中

受信No.	

埋葬料（費）
家族埋葬料

請 求 書

被保険者証	記号		番号		所属またはｸﾞﾙｰﾌﾟ会社名（任意継続者・特例退職者は記入不要）	
					部 支社 会社	課 営業ｵﾌｨｽ
被保険者(本人)氏名				男・女	資格取得年月日	S・H・R　年　月　日
					資格喪失年月日	R　年　月　日

請求者記入欄						
	死亡した者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者（本人）との続柄	
	死亡原因		死亡年月日	令和　年　月　日	埋葬費の額	円
	第三者行為により死亡の場合は、その事実ならびに第三者の住所氏名を記入（第三者行為による死傷病届を添付のこと）					
	上記のとおり請求いたします　令和　年　月　日 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします（注2） 被保険者に対する請求者の続柄（　　） 住 所 〒＿＿＿＿＿＿ 都道府県　市区郡＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 請求者 ＴＥＬ　＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿ 氏　名　昭和 平成 令和　年　月　日生					

事業主証明欄	死亡した者の氏名			男・女	事業主名
	死亡年月日	令和　年　月　日	死亡した者（〇をつける）	被保険者 被扶養者	＿＿＿＿＿＿＿＿

（注） 1．添付書類については埋葬料（費）記入見本で確認してください
2．受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です（健保組合ご登録の保険料振替口座に支給します）
3．給付を受ける権利は、死亡した日もしくは埋葬を行った日の翌日から2年で時効となります

保険給付金
円

決定	常務理事	事務長	担当	検算	支払	常務理事	事務長	担当

入力者・入力日

R5.9