被保険者/家族

埋葬料（費）請求書

キッコーマン健康保険組合

記号	番号	被保険者又は 申請者　氏名	住所
		ふりがな 印 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。	

死亡した年月日　令和　年　月　日	死亡した原因	

被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者氏名	被保険者からみた 申請者との身分関係
埋火葬した日　令和　年　月　日	埋火葬に要した費用　50,000　円

家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき

ご家族 （被扶養者）の氏名	生年月日	被保険者 との続柄

第三者の行為によって死亡した場合にはその内容

死亡した者の氏名	区　分	死亡年月日
	☐ 被保険者　☐ 被扶養者	令和　年　月　日

事業主の所在地・事業所名・氏名及び印　　年　月　日　　上記の通り相違ありません

印