

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

年 月 日

被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 (費) 支 給 申 請 書
(い ず れ か に ○)

請 求 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の氏名	
	所属事業所			
	死亡者の氏名		請求者の氏名	
	被保険者からみた 死亡者の区分	1. 被保険者本人 2. 扶養家族	被保険者からみた 請求者の続柄	
	請求者の住所	〒 — 電話 ()		
	死 亡 年 月 日	年 月 日		
	死亡の原因	業 務 上 ・ 業 務 外 (被保険者死亡のときいずれかに○) ※病死の場合は病名、第三者行為による時はその事実と第三者の住所氏名		
	※家族埋葬料は事業所経由の支給となりますので、個人口座の記入は不要です (任継・特退を除く)			
	受取金融機関	銀行 信金 普通 本店 信組 農協 当座 支店 () () 出張所	口座番号 名義 (姓)	
	※登録口座が優先されます。 ※被保険者死亡の場合は請求者名義の口座を記入して下さい。			
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人 (事業主) に委任します。 年 月 日				
被保険者の 氏名				
年 月 日				
住所 〒				
代理人の (事業主) 氏名				

事 業 主 証 明 欄	死亡者氏名		死亡した者	1. 被保険者 2. 被扶養者
	死亡年月日	年 月 日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
電話 ()				

支 給 決 定 額	通 番	東京瓦斯健康保険組合				事 業 所			
		常務理事		事務長		担当者			担当者

請求者は、下図を確認のうえ書類を提出してください

