埋葬料(費) 家族埋葬料不支給証明書

保 険 者 様

		記号	番号	号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してくだ
被保	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9999	789	
) 者	氏名	(フリカi゚t) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年 月日 旧和
情	住所	(〒 000 - 0000)	愛知都道府県	○○○市○○町○○丁目○番○号
報	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 000	0	

	氏名	i	生年月日		
	(フリガナ) ケン	ポハナコ	元号 年 月 日		
死亡した者の	健保 花子		昭和450810		
被保険者との続柄	妻	死亡年月日	令和 0 5 0 4 0 8		
被保険者が勤務している(事業所の名称	(いた)	株式会社 〇〇〇〇			
被保険者である(あった)					

愛知県農協健康保険組合へ

退職後の埋葬料(費)

家 族 埋 葬 料

を請求するにあたり、下記について証明をお願いします。

 令和 5 年 4 月 22 日現在、上記申請者の死亡にかかる埋葬料を支給していないことを証明します。また、今後、請求者が申請されてきた場合も支給はいたしません。

 令和 5 年 4 月 22 日

 〒 000 - 0000

 保険者所在地 愛知県○○市○町○丁目○番○号

 保険者名称
 ○○○健康保険組合

 電話番号
 000 (000) 0000

受付日付印