

# 埋葬料（費） 家族埋葬料 不支給証明書

保 険 者 様

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい				
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
	氏名	(フリガナ)		生 年 月 日	元号	年	月
住所	(〒 - )		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">都</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">道</span>				
電話番号 (日中の連絡先)	( )		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">府</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">県</span>				

死亡した者の	氏名	生年月日							
	(フリガナ)	元号	年	月	日				
被保険者との続柄		死亡年月日	元号	年	月	日			
被保険者が勤務している (いた) 事業所の名称									
被保険者である (あった) 期間	元号	年	月	日	から	元号	年	月	日

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。

保 険 者 証 明 欄	年 月 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。	
	年 月 日	
	〒 -	
	保険者所在地	
保険者名称		
電話番号	( )	

受付日付印