

埋葬料（費） 不支給証明書

家族埋葬料

保 険 者 様

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 9 9 9 9	番号 7 8 9	生年月日 元号 年 月 日 昭和 3 7 1 2 1 0
	氏名・印 (フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎		※自署の場合は押印を省略できます。
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 000 - 0000)	愛知 都 道 府 県	〇〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

死亡した者の	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 元号 年 月 日 昭和 3 8 0 8 1 0
	被保険者との続柄	妻	死亡年月日 元号 年 月 日 平成 2 9 0 1 1 5
被保険者が勤務している (いた) 事業所の名称	株式会社 〇〇〇〇		
被保険者である (あった) 期間	元号 年 月 日 昭和 6 1 0 4 0 1	から	元号 年 月 日 平成 2 8 1 1 3 0

愛知県農協健康保険組合へ **退職後の埋葬料（費）** を請求するにあたり、下記について証明をお願いします。
家 族 埋 葬 料

保 険 者 証 明 欄	平成 29 年 1 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。		
	平成 29 年 1 月 22 日		
	保険者所在地	〒 000 - 0000 愛知県〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
	保険者名称	〇〇〇〇健康保険組合	
電話番号	000 (000) 0000		保険者 印

受付日付印