

埋葬料受給権放棄申出書・証明書

※この証明書は、埋葬料・家族埋葬料を請求する際、死亡日が組合員資格取得日又は被扶養者認定日の3ヶ月以内の場合、請求書に添付してください。

元所属事業所名
(勤務先)
退職日 年 月 日
住 所
氏 名 (印)
(代理人)

私(の被扶養者)は、貴健康保険又は共済組合法に基づく資格喪失後の『埋葬料』の受給資格を有しておりますが、 年 月 日『死亡』に伴う当該受給権を放棄いたします。

年 月 日

上記放棄申出書により支給しないことを証明する。

年 月 日

保険者名 (印)

① 勤務していた事業所名・退職日等を記入してください。

② 加入していた健康保険組合等の保険者から証明を受けてください。

※全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合等の証明