

埋葬料受給権放棄申出書・証明書

元所属事業所名

(勤務先)

退職日 平成 年 月 日

住 所

氏 名 ⑩

(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、平成 年 月 日『死亡』に伴う当該受給権を放棄いたします。

平成 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。

平成 年 月 日

保険者名 ⑩

↑
全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合等の証明

勤務していた事業所名・退職日等を記入してください。

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。