

埋葬料の請求に係る証明書

保 險 者 様

東京都職員共済組合へ埋葬料（家族埋葬料）を請求するに当たり、下表の事項について証明願います。

なお、貴健康保険組合への埋葬料（同種の給付を含む。）の請求権は、放棄いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

印

被保険者証の記号番号		記号		番号	
対象者	氏 名				組合員（世帯主）との関係
	生 年 月 日	年 月 日 生			
対象者が被扶養者（家族）のとき、組合員（世帯主）の氏名					
対象者の加入期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
死 亡 日		年 月 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

証 明 者 保険者所在地

保 險 者 名 称

印

電 話

注1 この「証明書」は、次の請求の場合に添付してください。

- (1) 元組合員の場合：資格喪失後、3か月以内の死亡に伴う給付金の請求
- (2) 被扶養者の場合：被扶養者認定日から、3か月以内の死亡に伴う給付金の請求

注2 東京都職員共済組合加入期間と通算して、死亡前3か月以上、継続して健康保険制度に加入していたことが分かる証明書を添付してください。

注3 国民健康保険に加入していた場合、この証明書に係る給付は、他保険（東京都職員共済組合の健康保険等）が優先されます。

注4 この様式と記載内容が同じであれば保険者所定の様式でかまいません。

記入例

埋葬料の請求に係る証明書

保 険 者 様

東京都職員共済組合へ埋葬料（家族埋葬料）を請求するに当たり、下表の事項について証明願います。

なお、貴健康保険組合への埋葬料（同種の給付を含む。）の請求権は、放棄いたします。

年 月 日

申請日を記入

各項目の記載方法等は、必ず証明者に確認してください。

住 所 新宿区戸山3-17-1

氏 名 共 済 太 郎

印

被保険者証の記号番号	記号	あ123	番号	789	
対象者	氏 名	共 済 健 一 郎		組合員（世帯主）との関係	本人
	生 年 月 日	昭和 35年 12月 30日生			
対象者が被扶養者（家族）のとき、組合員（世帯主）の氏名					
対象者の加入期間		令和 元年 4月 1 日 ~ 令和 元年 6月 30日			
死 亡 日		令和 元 年 6 月 30 日			死亡した日を記入

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

証明日を記入

元組合員の場合は、現在加入している保険者の証明を、被扶養者の場合は、加入していた保険者の証明をもらってください。

証 明 者 保険者所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

保 険 者 名 称 ○×△健康保険組合

印

電 話 03(5320)9999

注1 この「証明書」は、次の請求の場合に添付してください。

(1) 元組合員の場合：資格喪失後、3か月以内の死亡に伴う給付金の請求

(2) 被扶養者の場合：被扶養者認定日から、3か月以内の死亡に伴う給付金の請求

注2 東京都職員共済組合加入期間と通算して、死亡前3か月以上、継続して健康保険制度に加入していたことが分かる証明書を添付してください。

注3 国民健康保険に加入していた場合、この証明書に係る給付は、他保険（東京都職員共済組合の健康保険等）が優先されます。

注4 この様式と記載内容が同じであれば保険者所定の様式でかまいません。