

# 埋葬料・家族埋葬料請求書

被保険者  
記号・番号

記号

012

番号

0123456

被保険者本人死亡のときは請求者名を記入してください。

令和XX年XX月XX日

氏名

健保 花子

生年月日

昭和・平成・令和XX年XX月XX日

在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。

会社名

NEC〇〇株式会社

所属

△△△事業部

メールNo.

123-1234

自宅住所

〒158-0031

東京都渋谷区桜丘町29-11

TEL

03-1234-1234

死亡されたのは被保険者本人ですか、家族ですか。右記欄に○をつけてください。

被保険者(本人)・被扶養者(家族)

死亡された方の氏名

健保 太郎

生年月日

昭和・平成・令和XX年XX月XX日

死亡年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

死亡原因  
(傷病名)

〇△■病

被保険者(本人)が死亡のとき、被保険者(本人)と請求者との関係(続柄)を記入してください。

続柄

妻

被扶養者(家族)が死亡のとき、被保険者と死亡された方との続柄および扶養認定日を記入してください。

続柄

NEC健保扶養認定日

昭和・平成・令和年〇月〇日

必要な  
添付書類

死亡診断書もしくは死体検案書または検視調書いずれかの写し+被保険者(本人)死亡の場合は同一生計証明書

死亡原因は第三者によるものですか？

はい

いいえ

はいの場合の状況

死亡原因が第三者によるとき(該当に○)

1. 第三者が不明

2. 第三者からの埋葬料の補償がない

※第三者から埋葬料(費)の補償がある場合に健康保険組合に請求できません。

第三者の氏名

住所

電話番号

被保険者(本人)が死亡のとき、請求者の金融機関名・口座番号・口座名義を記入してください。

金融機関名

〇〇〇 銀行 △△△ 支店

口座番号

(普通) 0123456

フリガナ

ケンボ ハナコ

名義

健保 花子

令和 年 月 日

事業所名

事業主(会社)の証明欄です。

上記のとおり明します。委任を受けた保険給付金は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。

事業主名  
(代理人)

資格取得日

昭和・平成・令和 年 月 日

標準報酬月額

第 等級

日額

資格喪失日

令和 年 月 日

円

円

円

被保険者(本人)

被扶養者(家族)

支給額

円

円

円

円

常務理事

事務長

マネージャー

主任

担当

特記事項

受付年月日

承認欄