

家族が死亡のとき

埋葬料・家族埋葬料請求書

日本電気健康保険組合 御中

被保険者 記号・番号	記号	0	1	2	番号	0	1	2	3	4	5	6	会社名	NEC〇〇株式会社									
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													所属	△△△事業部		メールNo.	158-0000						
氏名													健保 太郎										
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。													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) <input checked="" type="radio"/> 被扶養者(家族) <input type="radio"/>										
死亡された方の氏名													健保 花子		生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 XX年 XX月 XX日							
死亡年月日													令和 XX年 XX月 XX日		死亡原因 (傷病名)	● <input type="checkbox"/> ▼ 病							
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者(本人)が死亡のとき、被保険者(本人)と請求者の関係、続柄を記入してください。 続柄																						
	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		妻		NEC健保扶養認定日				昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 XX年 XX月 XX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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>		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																この欄は記入不要です。		口座番号		フリガナ			
銀行																支店		(普通)		名義			

事業 主 記 入 欄	令和 年 月 日	事業所名
	上記のとおりお申し込み 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)	

健康 保 険 組 合 記 入 欄	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					
	被保険者(本人)						被扶養者(家族)					
	支給額	円						支給額	円			
		円							円			
		円							円			
	承認欄	常務理事		事務長		マネージャー		主任		担当		特記事項