

家族が死のとき

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 番号	0 1 2	番号	0 1 2 3 4 5 6	会社名	NEC〇〇株式会社			
					所属	△△△事業部	メールNo.	158-0000	
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					自宅住所	〒 158-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11 TEL 03-1234-1234			
氏名 健保 太郎 生年月日 ○ 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託します。					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="checkbox"/> 被扶養者(家族) <input type="checkbox"/>				
死亡された方の氏名		健保 花子		生年月日	昭和 平成・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 checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病					
被保険者(本人)が死亡のとき、被保険者本人は請求者との関係(続柄)を記入してください。									
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 平成・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査書または検視調査いずれかの写し <small>被保険者又は本人死亡の場合は同一の扶養認定書</small>								
死亡原因は第三者によるものですか？			はい <input checked="" type="checkbox"/>	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 <small>※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。</small>			第三者的氏名 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 銀行			口座番号	(普通)		フリガナ	名義		
支店									
事業主記入欄 令和 年 月 日 事業所名 上記のとおり申明します。 委任を受けた保険料金は 当事業所と貢組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。 事業主(会社)の証明欄です。 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							
	被保険者(本人)				被扶養者(家族)				
					支給額 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								