健康保険　被保険者
家族　**埋葬料（費）請求書**

年　月　日提出

被保険者記入欄

被保険者証 記号	番号	被保険者氏名	※㊞	事業所名称	
被保険者住所	〒　－　電話　（　）				
死亡した年月日	年　月　日	死亡の原因			
埋葬した年月日	年　月　日	埋葬に要した費用	円		
被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名	生年月日	年　月　日	被保険者との続柄	
被保険者が死亡したとき	被保険者氏名	生年月日	年　月　日	被保険者との身分関係	
在籍中の方	私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。 ㊞※ 被保険者氏名				
退職後の方・請求者が被保険者以外の方	銀行名	支店名	口座名義（カナ）	預金種別	口座番号
				普通 当座	

事業主が証明するところ

死亡した者の氏名・区分	（被保険者 被扶養者）	死亡した年月日	年　月　日

うえのとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業主住所

事業所名称

事業主氏名　㊞

【注意事項】

1. ※印欄には必ず押印してください。（委任欄は在職者のみ）
2. 死亡した被保険者の被扶養者以外の者が請求する場合は、埋葬に要した費用の領収書を添えてください。
3. 口座名義はカタカナで記入してください。
4. 業務上の原因、通勤途上の災害による死亡は、埋葬料（費）は支給されません。
5. 事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書、または死亡診断書（いずれも写し）を添付してください。

＜健保組合記入欄＞

支給額	常務理事	事務長	担当者
円			

受付日

日産化学健康保険組合