

提出先：被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合

支給額
円

ニチレイ健康保険組合 検印欄				受付印
常務理事	事務長	係	係	

家族が死亡した場合は、
こちらに記入願います。

被保険者 埋葬料(費)請求書
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	2101-99999	事業所の名称	ニチレイ		
死亡した年月日	R04年 4月 1日	死亡原因	急性心不全		
被扶養者(家族) が死亡した時	被扶養者 氏名	生年月日	年	月	日
被保険者が死亡 した時	請求者氏 名	埋葬年月 日	年	月	日
受取方法	事業所経由で	<input type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい。(給与口座へ振込み) <input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい(退職者は必ず記入)			
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 日冷 太郎				
振込希望の銀行	銀行	支店	フリガナ	口座番号	口座名義
上記のとおり申請します。 年 月 日 請求者の 住所 〒101-2345 東京都中央区〇〇1-2-3 氏名 日冷 太郎 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					

在職者は必ず「受け取る」を選択し、
委任状に氏名を入れてください。
また、銀行口座は入力し

事業主証明欄	死亡した者の氏名	資格	・被保険者 ・被扶養者	死亡年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
	住所	この欄は記入せずにニチレイビジネスパートナーズに提出願います。			
氏名					

(注意事項)

被扶養者が死亡した場合

- ・ニチレイ健康保険組合に入られてる被扶養者が死亡した場合に支給されます。
- ・死亡した被扶養者(家族)の氏名、生年月日、続柄を記載して下さい。
- ・振込希望の銀行欄の記載は不要です。(給与支払いのため)

被保険者が死亡した場合

- ・ニチレイ健康保険組合に入られてる被扶養者以外の方が請求する場合は、添付書類が別途必要です。請求前に健康保険組合にご連絡下さい。
- ・埋葬料を請求する被扶養者の氏名、被保険者の埋葬の年月日、続柄を記載してください。
- ・振込希望の銀行欄に請求者の口座を記載して下さい。

【添付書類】

事業主の証明がある場合は、添付書類は不要です。
事業主の証明を得ないで請求する場合は、埋葬許可証、死亡診断書等の写しを添付して下さい。