

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	ニチレイ健康保険組合 検印欄				受付印
円	常務理事	事務長	係	係	

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	—		事業所の名称			
死亡した年月日	年 月 日		死亡原因			
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	続柄	
被保険者が死亡 した時	請求者氏 名		埋葬年月 日	年 月 日	被保 険者との続柄	
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						
住所 〒						
請求者の 氏名						
TEL ()						

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						
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。