

被保険者・家族 埋葬料（費）付加金請求書

常務理事	事務長		担当

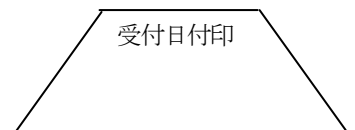
請求者が記入する欄	被保険者記号・番号		被保険者氏名		事業所名		請求者氏名		
	—						(印)		
	請求者の現住所		〒 —		TEL ()				
	死亡年月日		平成 年 月 日		死亡原因				
	被保険者が死亡したための請求であるとき		被保険者と請求者の関係			埋葬に要した費用（埋葬費の場合）			
						円			
			振込先	金融機関（郵貯不可）		支店		口座番号	
						普			
	被扶養者が死亡したための請求であるとき		被扶養者氏名			続柄		生 年 月 日	
								明・大・昭・平 年 月 日	
第三者行為によって死亡した場合はその事実並びに第三者の住所・氏名（不詳の場合はその理由）									

上記のとおり請求します。 平成 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業主証明欄	死亡者の氏名		死亡年月日		死亡した人（○で囲む）	
			平成 年 月 日		被保険者 被扶養者	
	上記のとおり相違ないことを証明します。				平成 年 月 日	
		事業所所在地 事業所名 事業主名		(印)		

- ※ 埋葬許可証又は医者診断書のコピーを添付すること
- ※ 任意継続者は事業主証明は必要ありません。



◎被保険者が死亡した場合

- ・埋葬料： 5万円（被保険者と生計を共にしていた人（被扶養者）が請求者となる場合）
- ・埋葬費： 埋葬に要した費用（上限5万円）（被保険者と生計を共にしていなかった人が請求者となる場合）
（霊柩車代、霊柩車運搬人夫代、火葬料または埋葬料、葬式の供物代、僧侶の謝礼などで葬式参列者の接待費用等は含まれない）**領収書を添付する**

◎被扶養者が死亡した場合

- ・家族埋葬料： 5万円 （生まれた子供がすぐに死亡した場合も支給されます（死産は除く）。）

記入上の注意

1. 表題の「被保険者」「家族」の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください・
2. 死亡の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届を添付してください。