

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	
	1-12345	健保 健太郎		日本電話施設株式会社	健保 健太郎	
	請求者の現住所	〒460-0012 名古屋市中区千代田二丁目15番18号		TEL 052 (263) 2206 日中連絡が取れる番号を記入		
	死亡年月日	平成20年 4月 2日	死亡原因	心不全		
	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）	
		家族以外でも可。 実際に葬儀を行って請求した人と被保険者の関係を記入			領収書を添付する 円	
		振込先	金融機関（郵貯不可）	支店	口座番号	口座名義（カタカナ）
				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	
		天国 郁代		義母	明・大・昭・平10年 5月 9日	
欄	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）		交通事故で死亡したなど、第三者によって死亡した場合に記入			

上記のとおり請求します。

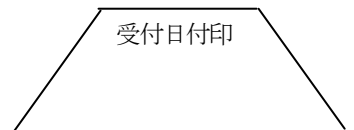
平成20年 4月10日

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）
	天国 郁代	平成20年 4月 2日	被保険者
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成20年 4月11日
	事業所所在地 事業所名 事業主名		

- ※ 埋葬許可証又は医師の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。

受付日付印



1. 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**

2. 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。