家族が死亡のとき

埋葬料・家族埋葬料請求書

日本電気健康保険組合　御中

被保険者記入欄

被保険者証 記号・番号	記号	0 1 2	番号	0 1 2 3 4 5 6

会社名 ＮＥＣ○○株式会社TELNET　8-123-1234

所属 △△△事業部　メールNo. 158-0000

自宅住所 〒 158-0031
東京都渋谷区桜丘町29-11
TEL 03-1234-1234

被保険者本人死亡のときは請求者名を記入してください。
平成 XX年 XX月 XX日

氏名 健保　太郎 (健保)

生年月日 (昭和)・平成 XX年 XX月 XX日

在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。

死亡されたのは被保険者本人ですか、家族ですか。 右記欄に○をつけてください。	被保険者（本人）・(被扶養者（家族）)		
死亡された方の氏名	健保　花子	生年月日	(昭和)・平成 XX年 XX月 XX日
死亡年月日	平成 XX年 XX月 XX日	死亡原因（傷病名）	●□▼病

被保険者（本人）が死亡のとき、被保険者（本人）と請求者との関係（続柄）を記入してください。　続柄

この欄は記入不要です。

被扶養者（家族）が死亡のとき、被保険者と死亡された方との続柄および扶養認定日を記入してください。

続柄	妻	NEC健保扶養認定日	(昭和)・平成 XX年 XX月 XX日

必要な添付書類　死亡診断書もしくは死体検案書または検視調書いずれかの写し[redacted]

死亡原因は第三者によるものですか？	はい・(いいえ)	はいの場合の状況	

死亡原因が第三者によるとき（該当に○）
1. 第三者が不明
2. 第三者からの埋葬料の補償がない
※第三者から埋葬料（費）の補償がある場合に健康保険組合に請求できません。

第三者の氏名
住所
電話番号　（　　）

被保険者（本人）が死亡のとき、請求者の金融機関名・口座番号・口座名義を記入してください。

この欄は記入不要です。

金融機関名	口座番号	フリガナ	
銀行　支店	（普通）	名義	

事業主記入欄

平成　年　月　日　事業所名

上記のとおり証明します。
委任を受け、保険給付金は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。

事業主（会社）の証明欄です。

事業主名（代理人）　㊞

健康保険組合記入欄

資格取得日	昭和・平成　年　月　日	標準報酬月額　千円	第　等級	日額　円
資格喪失日	平成　年　月　日			

	被保険者（本人）	被扶養者（家族）
支給額	円 円 円	円 円 円

承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主　任	担　当	特記事項	受付年月日