

### 家族埋葬料請求書

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※被扶養者が死亡した場合、被保険者に対して支給（5万円）

請求者記入欄		事業主証明欄	
被保険者等 記号・番号	□□□□ — □□□□□□	左記内容に相違ないことを証明する。 年 月 日	
生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日		
被保険者氏名		事業主 氏名	事業所 名称
死亡した被扶養者	氏 名		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	続 柄		
	死亡年月日	令和 年 月 日	N X グループ健康保険組合記入欄
	死亡原因 (傷病名)		
資格喪失	令和 年 月 日	整 理 番 号	
埋 葬 年 月 日	令和 年 月 日	決 定 金 額	
第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、「第三者行為による傷病届」を添付してください。健保へ未報告の場合は、必要書類をお送りします。	<b>【留意事項（添付書類）】</b>  死亡診断書・死体検案書・検死調書・埋葬許可証・火葬許可証 いずれかの「写し」	
上記の通り請求します。なお金額の受領を右記事業主に委任します。			
住所 〒	年 月 日		
被保険者氏名			