

給付支給決定並びに支出伺						伺年月日	
常務理事	事務長	担当者				円	決裁年月日
			支給額				埋葬料
							埋葬費

被保険者・家族 埋葬料（費）請求書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

①請求者の記入するところ

令和 年 月 日 請求

記号	1 2 3 4	請求者氏名 (被保険者氏名)	健保 花子 印	被保険者 との続柄	妻
番号	5 6 7 8				
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇県〇〇〇市〇〇〇				
被保険者勤務先 事業所名	〇〇〇〇〇株式会社	社員コード	9 0 1 2 3 4 5		

②被保険者が死亡したための請求であるとき記入するところ

被保険者氏名	健保 太郎	最終報酬月額	5 0 0 千円
死亡年月日	令和〇年 〇月 〇日	死亡原因	心不全
埋葬年月日	令和〇年 〇月 〇日	埋葬に要した費用	1 0 0 万円

③被扶養者が死亡したための請求であるとき記入するところ

被扶養者名		続柄		生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日	死亡原因			

事業主の証明	死亡した者の氏名		左記の者は、 ナブテスコグループ健康保険組合の 被保険者 被扶養者 です。
	死亡した年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印		

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入（個人番号確認、本人確認書類を添付のこと）
----	--

委任状	委任事項	この給付の（住所） 受領方を 令和 年 月 日 （氏名） （被保険者） 印 に委任する 印
	振込先	銀行 支店 当座・普通 番号

——受付日付印——

- (記入上の注意) 1. 表題は被保険者が死亡されたときは「被保険者」家族が死亡されたときは「家族」を○で囲んでください。  
2. 被保険者の死亡の場合は①②、被扶養者の死亡の場合は①③を記入してください。

- (添付書類) 1. 請求者が被保険者・被扶養者の場合は、事業主の証明、または、「埋葬許可証」「死亡診断書」の写しのどちらを添付してください。  
2. 請求者が当組合の扶養家族でない場合は、「埋葬許可証」または、事業主の証明と故人との続柄のわかる書類「住民票」等と葬儀にかかった「領収書」を添付してください。  
3. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」添付してください。  
◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。