

同年月日	令和 年 月 日	常務理事		担当者
支払年月日	令和 年 月 日			
支払金額	円			
資格取得	昭・平・令 年 月 日	扶養取得	昭・平・令 年 月 日	
資格喪失	令和 年 月 日	扶養喪失	令和 年 月 日	

N I P P O健康保険組合

年 月分

健康保険 被保険者 (本人) 埋葬料・埋葬費請求書
被扶養者 (家族)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー <small>記号・番号が分からないときはマイナンバーを記入してください</small>	所属事業所名		
	フリガナ				〒		
	被保険者氏名 (請求者)	フリガナ			被保険者住所 (請求者)		
	被保険者が 亡くなった ときの 記入欄	被保険者 氏名				生 年 月 日	被保険者から 請求者の続柄
		死亡 年月日	令和 年 月 日		死亡原因	昭和 平成 令和 年 月 日	
		被保険者と生計維持関係のなかつた者が埋葬を 行った場合は、埋葬年月日及び要した費用	令和 年 月 日			円	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者または被保険者が資格喪失後3か月以内に亡くなった場合は、死亡診断書の写し <input type="checkbox"/> 被保険者と生計維持関係のなかつた者が埋葬を行った場合は、埋葬に要した費用の領収書および明細書（支払者の氏名が記載されているもの）					
	被扶養者が 亡くなった ときの 記入欄	被扶養者 氏名				生 年 月 日	被保険者 との続柄
		死亡 年月日	令和 年 月 日		死亡原因	昭和 平成 令和 年 月 日	
		添付書類	<input type="checkbox"/> 任意継続被扶養者が亡くなった場合は、死亡診断書の写し				
死亡が第三者の行為によるものである場合は、 その事実および第三者の住所・氏名							
委任状 (被保険者死亡・任意継続 の場合を除く)	私は本件請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します 令和 年 月 日 被保険者 氏名						
事業主記入欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 事業主の 名称 氏名 令和 年 月 日						

受付日付印

被保険者死亡・任意継続の場合は受取口座をご記入ください。（本人名義に限ります）			
銀行 金庫 農協			本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	