|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 埋葬を行う者、  又は被扶養者  であることの  確認印 |  | 埋葬料(費) | 支給並支払決定伺 | | | |
| 起　案 | | | |
| 被保険者  （本　人） | 円 | 施　行 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | 係　　員 | 係　　員 |
|  | 被扶養者  （家　族） | 円 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **埋　葬　料（費）請　求　書** | | | | | | | | | | |  |  |
| ご逝去された方が日産健保の保険証をお持ちの場合、ご請求いただけます。 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者（請求者）の記入欄 | 記号 |  | | 番号 |  | | | | 事業所  の名称 |  | | | |
|  | 死亡者の氏名 | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | 昭・平・令　    年    月    日生 | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者又は被扶養者の別 | | | | | 被保険者（本人）・被扶養者（家族） | | | | | | | |
|  | 死亡の原因 | |  | | | | | | | | | | |
|  | 死亡の年月日 | | 令和　    年    月    日 | | | | | | | | | | |
|  | 葬祭を  行う場所 | |  | | | | | 請求者から見た  死亡者との関係 | | |  | | |
|  | 上記の通り請求します。 　　　　　　　　　 　 令和    年    月    日  この請求に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。但し、被保険者（従業員）の埋葬による請求  の場合は請求者の振込先へ手続き下さい。  日産自動車健康保険組合　常務理事殿  　　 〒  　 　請求者　住　所  　 　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　連絡先Tel | | | | | | | | | | | | |
| 事業主の  死亡証明 | 上記の者令和    年    月    日死亡したことを証明します。 令和    年    月    日  　　　　　　　　　事業主　住　所　  　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　氏　名　人事担当課長　 　　印 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者（本人）  死亡の場合の  請求者の振込先 | | | 銀行　　 支店 | | | | | | | | | | |
|  | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | |
|  | | | 名義人 | | | | | | | | | | |
|  | | | 口座番号　普通・総合 | | | |  | | | | | | |

注）1.死亡事実の証明書を添付して下さい。

2.被保険者（本人）死亡で請求者が扶養家族以外の場合は、埋葬の際に直接要した実費額の領収書を添付して下さい。

3.第三者行為(交通事故、傷害事故等　加害者がいるケース)については、事前に健保組合へご相談ください。