|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。