|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |

**申請書の記入事例**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 | ×××××会社 | | | |
| 死亡者の氏名 | | **○ ○ ○ ○** | | | | | | | | | | |
| 昭・平・令　**40**年**1**月**5**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　**5**年**8**月**1**日 | | | | | | | | | | |
| 葬祭を  行う場所 | | △△△△△会館 | | | | | 請求者から見た  死亡者との関係 | | | **妻** | | |
| 上記の通り請求します。 　　　　　　　　　 　 令和**5**年**8**月**20**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  　　 〒　000-0000  　 　請求者　住　所　東京都品川区○○○○○  　 　　　　　氏　名　健　　保 吾 郎  　　　　　　　　　　　　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。

**被保険者（本人）の死亡の場合は、  
振込先の指定が必要です。**