|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。**