

被保険者
 被扶養者 **埋葬料(費)・付加金請求書**

【添付書類】
 被保険者死亡時で被扶養者による申請の場合：社員は添付書類不要、任意継続者のみ①が必須
 被保険者死亡時で被扶養者以外による申請の場合：①～③の添付書類の提出が必須
 被扶養者死亡時で被保険者による申請の場合：社員は添付書類不要、任意継続者のみ①が必須

①埋葬許可証(写)または死亡診断書(写)
 ②被保険者(死亡者)と請求者の続柄がわかる書類(写)
 ※戸籍謄(抄)本または住民票(写)
 ③埋葬に要した費用とその明細書(写)

ネスレ健康保険組合 御中

請求者記入欄	請求者氏名		被保険者証		従業員番号		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	記号	番号			
	請求者現住所						
	電話番号 ()						
	事業所名称			部課または支店名			
	死亡した年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	死亡原因(病名)	請求日	令和 年 月 日		
	第三者行為によって死亡した場合にはその事実ならびに第三者の住所および氏名(住所および氏名が不詳であるときはその旨)						
	被保険者が死亡したための請求の場合は以下を記載						
	被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	死亡した被保険者と請求者の身分関係		
	請求者が被扶養者であるかの状況		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (右欄要記載)	埋葬年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	埋葬に要した費用(別紙証明書通り) 円	
	金融機関コード	支店コード	口座種別		口座番号		
	振込先		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> ()		フリガナ	名義
	被扶養者が死亡したための請求の場合は以下を記載						
	被扶養者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄		
	上記の者は <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日に死亡したことを証明します。		令和 年 月 日				
は の 被扶養者であったことを証明します。		事業主所在地： 事業主名称： 事業主代表者氏名： 電話番号：					
組合記入欄	給付決定額	円	内訳	埋葬料(費) 円	常務理事	給付担当	
	備考						

|

└─┘