

被保険者・家族 埋葬料（費）付加金請求書

常務理事	事務長		担当

請求者が記入する欄	被保険者記号・番号		被保険者氏名		事業所名		請求者氏名		
	1-12345		健保 健太郎		NDS株式会社		健保 健太郎		
	請求者の現住所		〒460-0012 名古屋市中区千代田二丁目15番18号				TEL052(263)2206 日中連絡が取れる番号を記入		
	死亡年月日		令和 1年 9月10日		死亡原因		心不全		
	被保険者が死亡したための請求であるとき		被保険者と請求者の関係			埋葬に要した費用（埋葬費の場合）			
			家族以外でも可。 実際に葬儀を行って請求した人と被保険者の関係を記入			領収書を添付する 円			
			振込先		金融機関（郵貯不可）		支店		口座番号
					普		口座名義（カタカナ）		
	被扶養者が死亡したための請求であるとき		被扶養者氏名			続柄	生年月日		
			日電 花子			義母	明・大・昭 平25年 2月 5日		
欄		第三者行為によって死亡した場合はその事実並びに第三者の住所・氏名（不詳の場合はその理由）		交通事故で死亡したなど、第三者によって死亡した場合に記入					

上記のとおり請求します。

令和 1年10月10日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業主証明欄	死亡者の氏名		死亡年月日		死亡した人（○で囲む）	
	日電 花子		令和 1年 9月10日		被保険者	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 1年10月15日
		事業所所在地 事業所名 事業主名				

- ※ 埋葬許可証又は医者診断書のコピーを添付すること
- ※ 任意継続者は事業主証明は必要ありません。

受付日付印

