

給付支給決定並びに支出伺						同年月日	
常務				被保険者が亡くなった場合の			
記入例 ①				記入例			
支給額						埋葬費	

被保険者・家族 埋葬料（費）請求書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

① 請求者についてご記入ください。

令和 ○年 ○月 ○日 請求

記号	99	請求者氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
番号	123				
現住所	〒651-2271 兵庫県神戸市西区高塚台7丁目3-3				
被保険者勤務先 事業所名	○○○○株式会社		社員コード		

② 死亡した方についてご記入ください。

氏名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人	生年月日	○○年 ○月 ○日
死亡原因	肺炎	死亡年月日		○○年 ○月 ○日	
埋葬に要した額	1,000,000 円	埋葬年月日		○○年 ○月 ○日	

③ 請求者名義の振込先口座をご記入ください。【※被保険者が亡くなった場合のみ記入】

(カタカナ) 口座名義	健保 花子	みなと銀行 神戸北町支店 [普通預金] 口座番号 4561235
----------------	-------	----------------------------------

事業主の証明	死亡した方の氏名	左記の方は、	
	死亡した年月日	年 月 日	被保険者 ナブテスコグループ健康保険組合の 被扶養者 です。
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	令和 年 月 日	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)
----	---

委任状	委任事項	この給付の(住所) 受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印
	振込先	銀行 支店 [普通預金] 番号

—受付日付印—

- (記入上の注意) 1. 表題は被保険者が死亡のときは「被保険者」、家族が死亡のときは「家族」を○で囲んでください。  
2. 被保険者の死亡の場合は①②③、被扶養者の死亡の場合は①②を記入してください。

- (添付書類) 1. 請求者が当健保組合の〔被保険者または被扶養者〕の場合は「事業主の証明」欄に証明を受けてください。※  
2. 当健保組合の扶養家族ではないが被保険者により生計を維持されていた方(同居のご家族等)が請求される場合は、  
①〔「事業主の証明」欄に証明を受ける〕、②〔請求者の住民票および亡くなられた被保険者の除票(同居を確認できる書類)〕の写し2点を添付してください。  
3. 上記1.2.に当てはまる方がおらず、実際に埋葬を行われた方が請求される場合は、①〔「事業主の証明」欄に証明を受ける〕、②「葬儀にかかった領収書原本(請求者のフルネームを確認できるもの)」の2点を添付してください。  
4. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

※ いずれの場合も「事業主の証明」を受けられない場合は「埋葬許可証」「死亡診断書」の写しのどちらかを添付ください。

◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

給付支給決定並びに支出伺						同年月日	
記入例 ②			扶養家族が亡くなった場合の 記入例				
支給額						埋葬費	

被保険者・家族埋葬料（費）請求書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

① 請求者についてご記入ください。

令和 ○年 ○月 ○日請求

記号 番号	99 123	請求者氏名	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人
現住所	〒651-2271 兵庫県神戸市西区高塚台7丁目3-3				
被保険者勤務先 事業所名	〇〇〇〇株式会社	社員コード	1234567		

② 死亡した方についてご記入ください。

氏名	健保 花子	被保険者 との続柄	妻	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
死亡原因	肺炎	死亡年月日	〇〇年 〇月 〇日		
埋葬に要した額	1,000,000 円	埋葬年月日	〇〇年 〇月 〇日		

③ 請求者名義の振込先口座をご記入ください。【※被保険者が亡くなった場合のみ記入】

(カタカナ) 口座名義	銀行	支店	[普通預金] 口座番号
----------------	----	----	-------------

事業主の証明	死亡した方の氏名	左記の方は、
	死亡した年月日	年 月 日
	ナブテスコグループ健康保険組合の被保険者 被扶養者 です。	
上記のとおり相違ないことを証明します。		
令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)
----	---

委任状	委任事項	この給付の(住所) 受領方を 令和 年 月 日 (氏名) (被保険者)	印に委任する 印
	振込先	銀行 支店 [普通預金] 番号	

—受付日付印—

(記入上の注意) 1. 表題は被保険者が死亡のときは「被保険者」、家族が死亡のときは「家族」を○で囲んでください。

2. 被保険者の死亡の場合は①②③、被扶養者の死亡の場合は①②を記入してください。

(添付書類)

1. 請求者が当健保組合の〔被保険者または被扶養者〕の場合は「事業主の証明」欄に証明を受けてください。※

2. 当健保組合の扶養家族ではないが被保険者により生計を維持されていた方(同居のご家族等)が請求される場合は、①〔「事業主の証明」欄に証明を受ける〕、②〔請求者の住民票および亡くなられた被保険者の除票(同居を確認できる書類)〕の写し2点を添付してください。

3. 上記1.2.に当てはまる方がおらず、実際に埋葬が行われた方が請求される場合は、①〔「事業主の証明」欄に証明を受ける〕、②〔葬儀にかかった領収書原本(請求者のフルネームを確認できるもの)〕の2点を添付してください。

4. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

※ いずれの場合も「事業主の証明」を受けられない場合は「埋葬許可証」「死亡診断書」の写しのどちらかを添付ください。

◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。