給付支給決定並びに支出伺												伺年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額								円	決裁年月日	
												埋葬料	
												埋葬費	

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
（マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください）

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

令和　　年　　月　　日請求

① 請求者についてご記入ください。

被保険者記号番号	ー	請求者氏名		被保険者との続柄	
現　住　所	〒				
被保険者勤務先 事　業　所　名					

② 死亡した方についてご記入ください。

氏　名		被保険者との続柄		生年月日	年　月　日
死亡原因		死亡年月日			年　月　日
埋葬に要した額	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		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、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。
	死亡した年月日	年　月　日	
	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	

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。