

埋葬料(費)支給決定決議書

発議	年月日		決議	年月日	
支給金額	円				
本人埋葬料(費)	50,000円	家族埋葬料	50,000円	取得 喪失	年月日 年月日

被保険者

家族

埋葬料(費)請求書

被保険者 証の記号 及び番号	—	死亡した 被保険者 の氏名		埋葬に 要した 費用額	金 円
死 亡 年月日	年月日	埋 葬 年月日	年 月 日	死亡の 原 因	
死亡が第三者の行為によるものである ときはその事実。第三者の住所氏名(住 所氏名が不詳であるときはその旨)					
被扶養者の死亡 に関するときは その者の氏名		生年 月日	年 月 日	被保険 者との 続柄	
給付金の支払いは、「健保給付金」として翌月の給与の中に合算して支払われます。社員コード のない方は、直接振込みますので振込み先を記入してください。					
振込 希望 銀行	銀行	支店	当座 ・ 普通	口座番号	フリガナ 名義

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求者と死亡した
被保険者との続柄

〒 —

請求者の住所

N T P グループ健康保険組合 殿

氏 名

受付 日付 印	上記の死亡に関して、事実に相違ないことを証明します。	
	事業主	
	所在地	
	氏 名	

- 注1. 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合はその続柄を証明する書類を添付すること。
 注2. 被保険者が死亡しその埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書を添付すること。
 注3. この請求書には市区町村長の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書死体検査書又は検視調書の写を添付すること。事業主の死亡に関する証明でもよい。