埋葬料・家族埋葬料 請求書

日本電気健康保険組合　御中

被保険者記入欄

健康保険記号・番号	記号				番号									

会社名　　TELNET　　－　　－

メールNo.　　－

所属

被保険者本人死亡のときは請求者名を記入してください。

令和　　年　　月　　日

氏名

生年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日

在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。

自宅住所　〒

TEL　　－　　－

死亡されたのは被保険者本人ですか、家族ですか。 右記欄に○をつけてください。			被保険者（本人）・ 被扶養者（家族）
死亡された方の氏名		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
死亡年月日	令和　　年　　月　　日	死亡原因（傷病名）	
被保険者（本人）が死亡のとき、被保険者（本人）と請求者との関係（続柄）を記入してください。		続柄	

被扶養者（家族）が死亡のとき、被保険者と死亡された方との続柄および扶養認定日を記入してください。

続柄		NEC健保扶養認定日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日

必要な添付書類	死亡診断書もしくは死体検案書または検視調書いずれかの写し＋被保険者（本人）死亡の場合は同一生計証明書

死亡原因は第三者によるものですか？	はい ・ いいえ	はいの場合の状況	

死亡原因が第三者によるとき（該当に○）

1. 第三者が不明
2. 第三者からの埋葬料の補償がない

※第三者から埋葬料（費）の補償がある場合には健康保険組合に請求できません。

第三者の氏名

住所

電話番号　　（　　）

被保険者（本人）が死亡のとき、請求者の金融機関名・口座番号・口座名義を記入してください。

金融機関名 銀行　　支店	口座番号 （普通）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
		名義	

事業主記入欄

令和　　年　　月　　日　　事業所名

上記のとおり証明します。
委任を受けた保険給付金は
当事業所と貴組合との間で
定められた方法で受領し、
請求者へ支給します。

事業主名
（代理人）

健康保険組合記入欄

資格取得日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 資格喪失日　令和　　年　　月　　日	標準報酬月額 円	第　　等級	日額 円

被保険者（本人）			被扶養者（家族）		
支給額		円	支給額		円
		円			円
		円			円

承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主　任	担　当	特記事項	受付年月日