

支給決定 令和 年 月 日決定	
法定給付費	(家族) 埋葬料(費) 円
付加給付費	(家族) 埋葬料(費)付加金 円
合計 円	

承認	常務理事	事務長	担当

被保険者(本人)死亡 記入例

ニコン健康保険組合理事長殿

健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 埋葬料(費)	(同付加金)	請求書			
	<input type="checkbox"/> 家族埋葬料					
被保険者氏名	健保 太郎	保険証	記号	5	番号	99999

死亡した者	氏名	健保 太郎	続柄	死亡した年月日	令和 9 年 9 月 1 日
	(生年月日)	昭和 9 年 9 月 9 日	本人	死亡した原因(病名)	悪性新生物
第三者行為によって死亡した場合にはその事実並びに住所及び氏名(住所及び氏名が不詳であるときはその旨)					
					自署してください
上記のとおり申請致します					
		令和 9 年 9 月 9 日	請求者氏名(署名) 健保 花子		

I:被扶養者が死亡したとき (任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要)

請求のとき	被保険者が	委任状	私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。
		令和 年 月 日	署名

被保険者死亡の場合、「II被保険者以外が請求のとき」欄も記入してください。

(概ね、翌月中旬に指定口座へ振込となります)

II:被保険者が死亡したとき

被保険者以外が請求のとき	請求者の氏名	健保 花子	死亡した者と請求者の続柄	妻						
	住所	〒 108-9999 (電話 03 - 6433 - 3600) 東京都港区港南8-88-8 品川マンション1F								
振込依頼書	金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信託銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	本・支店名	品川	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	店番	1 9 9	口座番号	2 9 9 9 9 9
	フリガナ	ケンポ	ハナコ							
	口座名義人名	健保 花子								

被保険者死亡で、被扶養者以外の方が請求の場合は、追加で添付願います。

※添付書類:死亡診断書の写し 必ず添付してください。

※被保険者死亡で、請求者が被扶養者以外の場合は戸籍謄本または戸籍抄本の写し(お二人の関係がわかるもの)