伺年月日	令和　年　月　日	常務理事			担当者
支払年月日	令和　年　月　日				
支払金額	円				
資格取得	昭・平・令　年　月　日	扶養取得	昭・平・令　年　月　日		
資格喪失	令和　年　月　日	扶養喪失	令和　年　月　日		

ＮＩＰＰＯ健康保険組合　　年　月分

健康保険　被保険者（本人）　被扶養者（家族）

埋葬料・埋葬費請求書

被保険者（請求者）記入欄	被保険者等記号・番号	記号	番号	マイナンバー 記号・番号が分からないときはマイナンバーを記入してください －　－	所属事業所名	
	被保険者氏名（請求者）	フリガナ		被保険者住所（請求者）	〒	
	被保険者が亡くなったときの記入欄	被保険者氏名		生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者から請求者の続柄	
		死亡年月日	令和　年　月　日	死亡原因		
		被保険者と生計維持関係のなかった方が埋葬を行った場合は、埋葬年月日及び要した費用	令和　年　月　日	円		
		添付書類	□死亡診断書の写し 上記に加え、以下に該当する場合は追加でご添付ください □被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が請求する場合は埋葬に要した費用の領収書と明細書の原本（宛名に請求者の氏名が記載されているもの）			
	被扶養者が亡くなったときの記入欄	被扶養者氏名		生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄	
		死亡年月日	令和　年　月　日	死亡原因		
	死亡が第三者の行為によるものである場合は、その事実および第三者の住所・氏名					
	委任状（被保険者死亡・任意継続の場合を除く）	私は本件請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します 令和　年　月　日 被保険者 氏 名				
事業主記入欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 事業主の　所在地 名称 氏名					

※事業主の証明を受けられない場合は、死亡診断書・死体検案書・埋葬許可証・火葬許可証のいずれかの写し添付してください。

受付日付印

被保険者死亡・任意継続の場合は受取口座をご記入ください。（本人名義に限ります）			
銀行 金庫 農協		本店 支店	
預金種別	1. 普通　2. 当座	口座番号	