

支給額	埋葬料								
	家族埋葬料								
	資格取得日			年		月			日
	資格喪失日			年		月			日

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
伺年月日		年 月 日
決裁年月日		年 月 日
支払年月日		年 月 日

**健康保険 被保険者 家族 埋葬料（家族埋葬料）請求書**

被保険者（請求者）が記入する欄	被保険者証の記号・番号		被保険者の勤務していた又はしている事業所の	名称		
				所在地		
	個人番号（マイナンバー）					
	死亡した年月日	年 月 日	死亡原因		第三者行為によるものですか？	はい・いいえ
	被保険者が死亡した場合	被保険者氏名		被保険者と請求者の身分関係	埋葬した年月日	年 月 日
	個人番号（マイナンバー）					
	被扶養者が死亡した場合	被扶養者氏名		埋葬した年月日	年 月 日	被保険者との続柄
	上記のとおり請求します。					
	年 月 日 住所 〒 請求者の 氏名 ⑩					
	ニューオータニ健康保険組合 御中					
銀行振込	銀行	支店	普・当	NO.	名義(カガナ)	

事業所担当印	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡
	個人番号に誤りがないことを確認し、上記のとおり証明します。					
	年 月 日		住所 〒	事業主の	氏名	⑩

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	
	年 月 日 住所 〒 請求者の 氏名 ⑩	
	代理人の氏名と印	(フリガナ) 請求者と代理人との関係
代理人の住所	(フリガナ) 〒	

受付日付印