

支払金額	円	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給内訳	埋葬料(費) 埋葬料附加金	円 円				

野村證券健康保険組合理事長殿

健康保険 被保険者 埋葬料(費)
被扶養者 埋葬料附加金 請求書

被保険者(請求者)が記入するところ	被保険者等記号・番号	記号					請求者の氏名	
		番号						
請求者の住所		〒						
所属会社部店名								
死亡した年月日		令和 年 月 日						
死亡した被保険者の氏名					死亡した被保険者と請求者との身分関係			
死亡した被扶養者の氏名		生年 月日	昭・平 令	年 月 日			続柄	
備考								

事業主の証明するところ	死亡した者の氏名			死亡した者は		被保険者・被扶養者		
	死亡した年月日			令和 年 月 日				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏名								

振込先	銀行コード	銀行 信金	支店コード	支店 出張所
普通 当座		口座番号	フリガナ	
			口座氏名	

<添付書類> ※いずれもコピー可

○被保険者が死亡した場合

請求者	被扶養者 (*1)	被扶養者でない配偶者、親、子 (*2)	(*1) (*2)以外の方
添付書類	・死亡したことを証明する書類(死亡診断書など)	・死亡したことを証明する書類(死亡診断書など) ・戸籍謄本	・死亡したことを証明する書類(死亡診断書など) ・戸籍謄本 ・埋葬にかかった費用の領収書

○被扶養者が死亡した場合 ・死亡したことを証明する書類(死亡診断書など)