

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

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) 請求書
被扶養者 埋葬料付加金

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 事業主 住所 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 口座番号		フリガナ	
	当座		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)