

**埋葬料(費)支給決定決議書**

発議	平成 年 月 日	決議	平成 年 月 日		
支給金額	円				
本人埋葬料(費)	50,000円	家族埋葬料	50,000円	取得	昭・平 年 月 日
				喪失	平成 年 月 日

被保険者

**埋葬料(費)請求書**

家族

被保険者証の記号及び番号	—	死亡した被保険者の氏名		埋葬に要した費用額	金 円
死亡年月日	平成 年 月 日	埋葬年月日	平成 年 月 日	死亡の原因	
死亡が第三者の行為によるものであるときはその事実。第三者の住所氏名(住所氏名が不詳であるときはその旨)					
被扶養者の死亡に関するときはその者の氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者との続柄	
給付金の支払いは、「健保給付金」として翌月の給与の中に合算して支払われます。社員コードのない方は、直接振込みますので振込み先を記入してください。					
振込希望銀行	銀行	支店	当座・普通	口座番号	フリガナ
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日		請求者と死亡した被保険者との続柄 〒 —			
NTPグループ健康保険組合 殿		請求者の住所 氏名及び印			
印					

受付日付印	上記の死亡に関して、事実に相違ないことを証明します。	
	事業主	
	所在地	
	氏名	印

- 注1. 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合はその続柄を証明する書類を添付すること。  
 注2. 被保険者が死亡しその埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書を添付すること。  
 注3. この請求書には市区町村長の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書死体検案書又は検視調書の写を添付すること。事業主の死亡に関する証明でもよい。