|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 受 付 年 月 日 | 年 月 日 |
| 伺 年 月 日 | 年 月 日 |
| 決 裁 年 月 日 | 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | 支 給 支 払 決 議 書 | | | | | | | | | |
| 支 給 額 | | 円 | | | | | | | | 理 事 長 | | | | 常務理事 | | 事 務 長 | | | 担 当 者 |
|  | | | |  | |  | | |  |
| 支給内訳 | 埋 葬 料 | | | 円 | | | | | |
| 埋葬料付加金 | | | 円 | | | | | | 資 格 取 得 | | | | | 年 月 日 | | | | |
|  | | | 円 | | | | | | 資 格 喪 失 | | | | | 年 月 日 | | | | |
|  | | | 円 | | | | | | 支 払 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 被保険者  家 族 | | | | | | | **埋葬料・埋葬料付加金申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者等  記 号・番 号 | | | 記号  番号 | | | | | 被保険者が勤務する  （していた）事業所 | | | | | | 名 称 | | | |  | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | |
| 死 亡 し た  年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | 死 亡  原 因 | | | | | |  | | | | | | |
| 被保険者が死亡したための申請であるときは  その者の | | | 氏　名 | |  | | | | | | 埋葬した  年 月 日 | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 埋葬に要した費用 | | | 金 　　　 円 | | | | | | | | | | | | 死亡した被保険者と申請者との身分関係 | | | |  | | |
| 被扶養者が死亡  したための申請  であるときは  その者の | | | 氏　名 | |  | | | | | | 生年  月日 | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | | 被保険者との続柄 |  | |
| 振込口座 | | | 銀行 　支店 | | | | | | | | | | 普通  当座 | | | 口座番号：　　　　　名義(ｶﾀｶﾅ)： | | | | | | | | |
| 備　　考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  年 月 日 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の | | | | | | | | | 住所：    （TEL）  氏名： 印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日本ＮＣＲ健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委  任  状 | 私は を代理人と定め、次の権限を委任する。 | | | | | | | | |
| 年 月 日申請した | | | 被保険者  家 族 | 埋葬料 | | | 被保険者  家 族 | 埋葬料付加金 |
| のうち金 円也の受領に関すること。  年 月 日 | | | | | | | | |
| 申請者の | | 住所：  氏名： 印 | | | | | | |
| 代理人の | | 住所：  氏名： 印 | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 振込口座 | | 銀行 　 支店 | | | | 普通  当座 | 口座番号：　　　　　 名義(ｶﾀｶﾅ)： | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主の証明 | 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 | 年 月 日 死亡 | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　 年 月 日　　　 所在地： | | | | |
| 事業主 | | 名称：  代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本ＮＣＲ健康保険組合　2025/1