|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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** |
| 被保険者証の記 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 |  |
| 介護保険法のサービスを受けていたとき | 保険者番 号 |  | 被保険者番 号 |  | 保険者名　称 |  |
| 振込口座 |  銀行 　 支店 | 普通当座 | 第 　　　 号　名義(ｶﾀｶﾅ)： |
| 備　　考 |  |
|  上記のとおり申請いたします。 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 | 第 　　　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　　　 住所：　　　　　　　　　　　　 |
| 事業主 |  氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本ＮＣＲ健康保険組合　2019/05