支給決定伺		支給決定　令和　年　月　日		決裁	常務理事	事務長	担当者	担当者
標準報酬月額		千円（　等級）						
支給額	法定給付	款　項　目	円					
	付加給付	款　項　目	円	取得日　.　.			備考	
	合　計		円	喪失日　.　.				

健康保険　□ 被保険者　□ 被扶養者　埋葬料（費）・付加金支給申請書

オオゼキ健康保険組合理事長　殿

令和　年　月　日提出

被保険者情報					
被保険者証の記号と番号	記号	番号	被保険者氏名	（フリカナ）	
住　所	〒 TEL				

申請内容						
死亡した者の氏　名		被保険者との続柄		生年月日（昭・平・令）	年　月　日	
資格取得年月日	平成 令和　年　月　日	死亡年月日	令和　年　月　日			
埋葬年月日	令和　年　月　日	埋葬に要した費用	円			
死亡した原因						
第三者行為によるときはその事実並びに住所氏名	氏名		住所	〒		
	生年月日			TEL		

請求者情報			
◆ 令和　年　月　日　上記のとおり請求します。　（請求者が被保険者の場合は押印不要です。）			
請求者氏名	（フリカナ） ㊞	被保険者との続柄	
請求者住所	〒 TEL		
振込先（被保険者死亡の場合）	銀行	口座番号（普通・当座）	
	支店	名義（ｶﾀｶﾅ）	

被保険者委任状欄	給付金の受領に関して、事業主に委任します。　令和　年　月　日 被保険者氏名

事業主の証明			
上記の申請について相違ないことを証明いたします。			
確認欄	【必須】 以下の内容を確認して ☑ してください。		
□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。	担当者氏名	
	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。		
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		
所在地 事業所名 事業主名 TEL	令和　年　月　日		

※ 請求上の注意

1 火葬証明書、死亡診断書、埋葬許可証のいずれかの写しを添付してください。

2 被保険者の死亡で請求者がその被保険者と生計維持関係が無いときは、埋葬に要した費用の領収者と明細書の原本を添付してください。

受付印

オオゼキ健康保険組合

2021.4.1改版

【訂正について】

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と請求者の訂正印をお願いします。

※（任意）被保険者のマイナンバー記載欄 ⇨ □□□□□□□□□□□□

（マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認をするため,①②のいずれか１点の添付書類が必要です。）

①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証（写）またはパスポート（写）　②個人番号カード（両面）の写し

(被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。)