| 支給決定 | 支給決定　令和　年　月　日 | 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入例 | 款　項　目<br>款　項　目<br>円 | | | | | |
| 取得日　.　. | 喪失日　.　. | 備考 | | | | |

健保記載欄

# 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）　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ<br>健保　太郎 |
| | 住　所 | 〒000-000<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3　TEL　××（　××　）×××× | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請内容 | 死亡した者の氏　名 | 健保　太郎 | 被保険者との続柄 | 本人 | 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 | 急性心不全 | 第三者行為によるものですか | はい　・　いいえ | |
| | 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）　ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ<br>健保　花子　健保㊞ | 被保険者以外の請求の場合は押印をして下さい。 | |
| | 請求者住所 | 〒000-000<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 | TEL　××（　××　）×××× | |
| | 振込先（被保険者死亡の場合） | 〇　〇 | 銀行 | 口座番号（普通・当座）　1234567 |
| | | 〇　〇 | 支店 | 名義（ｶﾀｶﾅ）　ケンポ　ハナコ |

| | |
|---|---|
| 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<br>被保険者氏名 |

給付金は事業主経由で給付します。
被保険者(在職者）が請求する場合は委任状欄へ署名をお願いします。

事業主の証明

☐ ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

この欄は、事業主に証明を依頼してください。
証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類
（死亡診断書・埋葬許可証 等）を添付してください。

**の注意**

**葬証明書、死亡診断書、埋葬許可証のいずれかの**
**し、あるいは申請書に事業主の証明を受けてくださ**

**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。)**