

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	決 済	年 月 日			
	扶養者資格 有り・無し	区 分	<input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> 埋葬費	資格喪失後 3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 重複なし <input type="checkbox"/> 該当 → <input type="checkbox"/> 重複あり	支給額	
							円

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 請求書

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 以下の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ							被保険者等記号・番号
	氏名							—
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	申請者	〒 —			
	日中の連絡先	()		住所				
申請内容	家族の死亡による申請のとき	死亡した家族の氏名		生年月日		続柄		
				<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				
	被保険者の死亡による申請のとき	被保険者の氏名		被保険者からみた申請者の立場(続柄)				
	死亡原因				死亡年月日	令和 年 月 日		
	※生計維持関係のない者が申請者となる場合は下欄も記入のこと							
		埋葬年月日	埋葬に要した費用の額		※領収証(原本)または費用明細書(原本)を添付してください。			
	令和 年 月 日	円						
資格喪失後3カ月以内または傷病手当金や出産手当金支給期間中および支給終了後3ヶ月以内の死亡にかかる請求であるときは、下記に当健保組合以外の保険者(現在または以前に加入のところ)について記入								
	保険者名称							
	記号			番号				
振込先指定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他		本店 支店	※申請者以外の口座を指定する場合は下欄で受取代理人へ委任が必要です			
	口座 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)		名義(カタカナで記入)				
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日						
		氏名	/受付印日付\					
	被委任者(代理人)	〒 —	住所	電話 ()				
		氏名						

※死亡の証明として、下記いずれかの方法を選択してください

- ① 事業主から証明を得る(事業主が下欄に記入)
- ② 医師が発行する死亡診断書等の写しまたは公的機関が発行する死亡を証明する書類の写しを添付する

事業主による証明	死亡した方の氏名	被保険者・家族の別		死亡年月日		
		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		令和 年 月 日		
	上記の通り、事実と相違ないことを証明する			令和 年 月 日		
	事業所所在地	電話 ()				
	事業所名称					
	事業主氏名					