

※支給決議書	資格喪失後	年	月	日	伺	い		係
	有	り・無	し	分	口	埋葬料	資格喪失後3ヶ月以内	口非該当 口該当 →
	被扶養者（家族）が死亡した場合							円
	※上、支給決定							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 次の通り申請します。(申請日) 令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者等記号・番号						
	氏名	健保 太朗		5	0	1	—	1	0	0
申請者	生年月日	60年 5月 30日		申請者住所	〒413 - 0011 静岡県熱海市田原本町9-1					
	日中の連絡先	0557 (84) 2431								
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				
		健保 花子		60年 5月 30日		妻				
	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	心不全		死亡年月日	令和 元 年 6 月 1 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	令和 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。				
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	〇〇 銀行・信金 〇〇 本店		※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	番号(左詰め)		名義(カタカナで記入)						
	普通 〇 当座 〇	1 1 1 0 0		ケンボ タロウ						
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		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診断書等の写しを添付する

事業主の証明があれば、死亡診断書等の添付書類は不要になります。

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	
		口被保険者 口家族(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		