健保記入欄		
	受付No.	
	支給決定額	円

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合の受付印
日付印

被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

健康保険被保険者証	
記号	番号(右づめで記入)
1234	5678

被保険者の氏名	
(氏) ケンポ 健保	(名) タロウ 太郎 印

申請日	平成 ○ 年 月 ◇ 日			
事業所名	大阪○×△㈱			
所属(または出向先)	○ × 部 △ □ 店・グループ 課・室			
被保険者住所	〒 123−4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×			
連絡先	自宅	×××−××××−××××		
	職場	×××−××××−××××	携帯	×××−××××

・被保険者死亡の場合は請求者が被保険者の氏名を記入して下さい

申請者記入欄							
死亡者	氏名	健保 花子	続柄	妻	死亡年月日	平成 ○ 年 × 月 △ 日	
					死亡の原因	○○○○○○	
	生年月日	昭和・平成 ○ 年 × 月 × 日			埋葬年月日	平成 ○ 年 × 月 ◇ 日	
					埋葬費用	××,××× 円	
死亡が第三者行為によるとき(不明のときはその旨)		第三者の住所 氏名					
委任状(任継者は記載不要)		OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 平成 ○年 △月 × 日 被保険者氏名 健保 太郎 印 ※自ら署名した場合も必ず押印ください					

被保険者死亡の場合																	
請求者(被保険者死亡の場合)																	
氏名	自ら署名した場合も必ず押印して下さい 印					続柄		住所	〒 電話								
支払先金融機関	金融機関コード					支店コード				預金種別	普通・当座	口座番号					
	銀行 農協 金庫 信組 本店 支店 出張所									口座名義	カタカナで記入						

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		
うえのとおり相違ないことを証明します 年 月 日 事業主 住所 氏名 印			

【添付書類】

1. 死亡診断書あるいは埋葬許可証等の写し
2. 健保の被扶養者以外の親族が申請する場合、1.の書類と下記①②のいづれか
   ① 同居の場合:同居を確認できる書類の写し(住民票等)
   ② 別居の場合:生計維持関係が証明できる書類の写し
3. 埋葬費(被保険者によって生計を維持されていない親族や友人等の申請)に該当する

健康保健被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考	記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。