

健保記入欄	資格取得日	年	月	日	伺年月日	年	月	日	
	区	分	承認	・	不承認	決裁年月日	年	月	日

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費)支給申請書

被保険者証	記号 800 番号 1234	被保険者氏名 健保 太郎	被保険者生年月日 S ○年 ○月 ○日 H
被保険者の住所	〒○○○-○○○ 東京都○○○区△△△丁目○○-○○ 電話番号○○-○○○○-○○○○		
事業所名	株式会社 ○○○○○		
死亡した方の死亡年月日	R ○年 ○月 ○日	死亡原因 急性心不全	第三者行為によるものですか はい いいえ
申請者	在職中は本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 ○年 ○月 ○日 住所 〒○○○-○○○ 東京都○○○区△△△丁目○○-○○ 電話番号○○-○○○○-○○○○ 申請者の氏名 健保 太郎 印 氏名を自署した場合は、押印不要です		
者が	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき		
が	ご家族の氏名 健保 花子	生年月日 S ○年 ○月 ○日 H R	被保険者との続柄 妻
記入	亡くなられたご家族は、被扶養者の認定を受けて3か月以内であり、認定前は他の健康保険の被保険者でしたか。		はい いいえ
入	「はい」の場合、ご家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の名称及び資格喪失日をご記入ください。	健康保険名称	資格喪失日 R 年 月 日
する	●被保険者が死亡したための申請であるとき		
欄	被保険者氏名	被保険者から見た申請者との身分関係	
	埋葬した日 R 年 月 日	埋葬に要した費用 円	
	振込口座	銀行 金庫 信組 農協	支店 普通 当座
	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)	
	亡くなられた方は、退職等によりJ-オイルミルズ健康保険組合の資格喪失後の方で、今回の申請は、次の要件のいずれかに該当することによる申請ですか。		はい いいえ
	①資格喪失後3か月以内に亡くなられた ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられた ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられた		
	「はい」の場合、亡くなられた方がJ-オイルミルズ健康保険組合の資格喪失後に加入していた健康保険の名称及び資格取得日をご記入ください。	健康保険名称	資格取得日 R 年 月 日

事業主の証明欄	死亡した方の氏名	〒	公	被保険者	被扶養者
	死亡年月日	事業主証明欄です			
	うえの 令和				
	氏名	印			

社会保険労務士 提出代行者の印	印
--------------------	---