|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者が記入する欄 | 被保険者証 | 記号 | | | |  | | | | | | | 被保険者  氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | 被保険者  生年月日 | | | Ｓ  Ｈ | | 年 　月 　 日 | | | |
| 番号 | | | |  | | | | | | |
| 被保険者の  住所 | 〒    電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡した方の | 死亡  年月日 | | | | | | Ｒ | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 死亡原因 | | | | |  | | | | | | | | | | 第三者行為によるもの  ですか | | | | | はい  いいえ |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の | | | | | 住所　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  氏名を自署した場合は、押印不要です | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ご家族の氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | 被保険者  との続柄 | | | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 「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 | | | |
| ●被保険者が死亡したための申請であるとき | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  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　　　　　　　　　いいえ | | | | | | | | | | | | | |
| 「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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | 被保険者　　　　　　被扶養者 | | | | | | | | | | | | |
| 死亡年月日 | | Ｒ | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うえのとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主の | | | | | | 所在地〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  名称    氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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