

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（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

被保険者、被扶養者が死亡したとき（詳細はホームページ）

支給対象者	埋葬料（5万円）	被保険者が死亡したときは被保険者により生計維持していた方 被扶養者が死亡したときは被保険者
	埋葬費（上限5万円）	被保険者が死亡し生計維持関係にあった方がいない場合は、実際に埋葬を行った方 （実際にかかった費用を支給、但し上限5万円）

被 保 険 者 情 報	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号（マイナンバー）を記入してください				
氏 名	(フリガナ)		生年月日	年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
死 亡 原 因 (傷 病 名)			死亡年月日	年	月	日	
死 亡 し た 方 の 氏 名			続柄	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
申 請 内 容	受領委任 について	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。（健保→事業主→被保険者）				委任します	
	届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合（右の承認印を押印） 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合（右の委任の承認印は押印不要） ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを 受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う				委任します	
●被保険者が死亡した場合の申請であるとき							
申請者 の氏名		被保険者からみた 申請者との身分関係	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 親	<input type="checkbox"/> その他	
※子は長男、長女など・その他は詳細を記入							
●大阪ガスの被保険者（本人）死亡、任意継続の被保険者（本人）死亡時は、配偶者等の口座をご記入ください。							
金融機関名称（コード）		()	支店名（コード）		()	()	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右づめ)			口座名義 (カタカナ)		

事 業 主 欄	受領の代理人であること、および上記内容について、相違ないことを証明します。	年 月 日
	事業所所在地	事業主担当者名
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

添付 書類	死亡診断書など死亡日が確認できる書類の写し 埋葬に要した費用が確認できる領収書などの写し（埋葬費請求時は、請求者・死亡者名がわかるもの）
----------	---

・大阪ガス社員の方で届出を委任しない方は、①の時に返送用の重要便シールを同封してください。

健保組合 記入欄	支給 決定額	埋葬料 50,000 円	埋葬費 円	大阪瓦斯健康保険組合	健保受付日付印
-------------	-----------	-----------------	----------	------------	---------

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2025.1(連)