

*オリエンタルランド健康保険組合の保険証をお持ちの方が亡くなった場合に請求できます

被保険者 および 被扶養者以外の方が請求する場合の
添付書類 (原則原本)
1. 領収書、明細書
2. 戸籍謄本
3. その他、健康保険組合が指定したもの

埋葬料(費) 申請書

※記入、または☑をしてください

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号				番号					
	被保険者	氏名	(フリガナ)								
		住所	〒								
		生年月日	平日の日中に連絡が取れる電話番号 () □昭和 □平成 年 月 日								
	事業所(会社)の名称					内線	-		従業員番号		
	死亡年月日	令和 年 月 日				死亡した原因					
	死亡した被保険者の請求の場合	請求者氏名	(フリガナ)				被保険者との関係(続柄)				
		住所	※被保険者と住所が相違する場合に記入 〒				被保険者住所と同じ □				
		埋葬に要した費用			円	埋葬した日	令和 年 月 日				
	死亡した被扶養者の請求の場合	フリガナ 被扶養者氏名				続柄			生年月日 □昭和 □平成 □令和	年 月 日	
振込先の確認	現在の状況について☑をしてください □ 1. 在職中→ □ 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 □ 2. 任意継続被保険者→ 当健保に届出済の口座へ振込 □ 3. 死亡した被保険者の請求である →下記振込口座欄にご記入ください □ 4. 傷病手当金または出産手当金受給期間中に死亡 →下記振込口座欄にご記入ください										

振込先の確認欄において「3」または「4」に該当する方は右欄に申請者の振込口座をご記入ください	銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所	
	預金種別	普通	口座番号			口座名義	カタカナ

事業主が記入する欄	死亡した者の氏名					□被保険者 □被扶養者	
	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡					
	上記のとおり相違ないことを証明します。令和 年 月 日					担当者氏名	
	事業所	所在地 名称 代表者					

健保使用欄	支払日付印		受付日付印
	健保処理日		