被保険者　　埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

被保険者記号・番号	記号		番号		事業所の名称（本籍会社）		
死亡した年月日	令和　　年　　月　　日				死亡原因		
被保険者が死亡した場合	被保険者氏名				請求者の氏名		被保険者との続柄
	埋葬年月日	令和　　年　　月　　日			埋葬に要した費用	円	
	※ 給付金等振込依頼書を添付してください						
死亡が第三者の行為によるものか	いいえ　・　はい　（どちらかに〇） ※交通事故などの第三者行為に該当する場合は、支給が制限される場合があります。						
振込銀行	銀行　　支店　普通・当座　口座番号：　　口座名義(ｶﾀｶﾅ)：						

上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日　　〒　　－

住　所

請　求　者

氏　名(自署)

オリックスグループ健康保険組合理事長　殿

委任状	私は、　　を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和　　年　　月　　日請求した埋葬料(費)･埋葬料(費)付加金のうち、金　　円也の受領に関すること。				
	令和　　年　　月　　日	請求者	住所		
			氏名		印
		代理人	住所		
			氏名		印
振込希望銀行	銀行　　支店　普通・当座　口座番号：　　口座名義(ｶﾀｶﾅ)：				

事業主の証明	死亡した者の氏名		被保険者
	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　　〒　　－ 住　所 事　業　主 氏　名		

※添付書類

【全員必須】

- **☐ 死亡日が確認できるもの（死亡診断書の写し等）**
- **☐ 給付金等振込依頼書兼念書**

【請求者が被扶養者以外の場合、下記書類も添付要】

- **☐ 埋葬に係る費用の領収書並びに明細書の写し**
- **☐ 住民票（被保険者と請求者がそれぞれ明記されているもの。別居の場合はそれぞれ必要。）**

〈健康保険組合処理欄〉　　〈受付印〉

常務理事	事務長	担当