

## 被保険者 埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

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・平成 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	被保険者の続柄
	埋葬年月日	令和・平成 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○) <small>※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。</small>				
振込銀行	銀行		支店	普通・当座	口座番号： 口座名義(加付)：
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住所 〒 - 請求者 氏名 印 オリックスグループ健康保険組合理事長 殿					

委任状	私は、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。 を代理人と定め、次の権限を委任する。 住所 氏名 印 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(加付)：

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・平成 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 印				

※添付書類

- 死亡日が確認できるもの（死亡診断書の写し等）
- 生計維持関係のない方が請求者の場合、埋葬に係る費用の領収書並びに明細書の写し
- 給付金等振込依頼書

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長	担当