

**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	100	番号	99999	事業所の名称 (本籍会社)	オリックス健保(株)
死亡した年月日	令和 元 年 5 月 10 日			死亡原因	心不全	
被保険者が死亡した場合	被保険者氏名	健保 太郎		請求者の氏名	健保 花子	被保険者の続柄 配偶者
	埋葬年月日	令和 元 年 5 月 15 日		埋葬に要した費用	500,000 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	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>			はい <input type="radio"/> (どちらかに○) ※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	三井住友 銀行	浜松町 支店	普通 当座	口座番号：〇〇〇〇〇〇〇	口座名義(かた)：	ケンボ ハナコ
上記のとおり請求します。						
令和 元 年 5 月 20 日						
住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇						
東京都港区浜松町〇丁目〇番地						
請求者						
氏名(自署) 健保 花子						
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	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。
		請求者	住所	住所	氏名	印
		代理人	住所	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(かた)：	

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				死亡
	上記のとおり相違ないことを証明 令和 年 月 日	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <b>本人記入不要 各社人事に提出</b> </div>			
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です。）

〈健康保険組合処理欄〉

〈受付印〉

常務理事	事務長	担当