

## 家族 埋葬料・埋葬料付加金請求書

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	
死亡した者の氏名		被保険者 との続柄		被扶養者生年月日	(和暦) 年 月 日
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○) ※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(加付)：				
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住所 〒 - 被保険者 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、令和 年 月 日請求した家族埋葬料・埋葬料付加金のうち、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 令和 年 月 日 被保険者 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 住所 〒 - 事業主 氏名				

**※添付書類**

- 死亡日が確認できるもの(死亡診断書の写し等)

〈健康保険組合処理欄〉

〈受付印〉

常務理事	事務長	担当