

## 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						
オリックスグループ健康保険組合理事長 殿 氏名 印						

※被保険者本人が署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

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。					
	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・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)

〈健康保険組合処理欄〉

〈受付印〉

常務理事	事務長	担当