

家族 埋葬料・埋葬料付加金請求書

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
死亡した者の氏名	健保 花子		被保険者 との続柄	配偶者		被扶養者生年月日	昭和 30 年 4 月 5 日		
死亡が第三者の行為 によるものか	はい			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	三井住友 銀行		浜松町	支店	普通	当座	口座番号：〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義(加付)：	ケンポ タロウ
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									
被保険者									
氏名(自署) 健保 太郎									
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。
		令和	年	月	日	被保険者	住所	氏名	住所	氏名	印	
		令和	年	月	日	代理人	住所	氏名	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						死亡
	上記のとおり相違ないことを証明	<div style="border: 2px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 本人記入不要 各社人事に提出 </div>					
令和	年	月	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