

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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> (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	三井住友 銀行 浜松町 支店 <input checked="" type="radio"/> 普通 当座 口座番号：○○○○○○○○ 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 〒○○○-○○○ 東京都港区浜松町〇丁目〇番地 被保険者 氏名 健保 太郎 印 オリックスグループ健康保険組合理事長 殿							

※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 令和 年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 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。 住所 氏名 印 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 死亡した年月日 令和 年 月	被扶養者 死亡 <div style="border: 2px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #cccccc; margin: 10px auto; width: 80%;"> 本人記入不要 各社人事に提出 </div> 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