

保険者記入欄	健康保険組合			受付月日	整理番号		事業主側経由所属		
	常務理事	事務長	担当者		月別	番号	長	長	担当者
	支給金額								入力受付No.

埋葬料（費）請求書

令和 年 月 日

請求内容	被保険者番号		請求者氏名			
	請求者住所			被保険者所属		
	死亡した被保険者の氏名			生年月日	昭和・平成 ・令和 年 月 日	
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因			
	埋葬年月日	令和 年 月 日	請求者と被保険者との関係			
	労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。				
	第三者の行為 によって死亡 した場合	事 実	〒		第三者の 氏名	
		第三者の 住 所				
(被扶養者が埋葬を行わない場合のみ記載) 埋葬に要した費用の額						円 (別紙証拠書のとおり)

死亡に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを 証明いたします。	事業主 代理人 職 氏 名
	令和 年 月 日	

振込先金融機関	「ゆうちょ銀行」 を選択しない場合	振込銀行	銀行		支店・出張所	
		預金種別	普通預金以外は右記へ記入ください → [預金]			
		口座番号 (右詰め)				
	「ゆうちょ銀行」を選択する場合	記号	番号			
	フリガナ 口座名義 ※請求者名義の口座					

承諾欄	被保険者の法定相続人であるか否かを以下から選択のうえ、☑を記載してください。 また、選択された内容に承諾のうえ、請求者の住所、電話番号、氏名を記載してください。	
	<input type="checkbox"/>	請求者が死亡した被保険者の法定相続人である場合 関西電力健康保険組合からの埋葬料(費)および以後の給付金等は、上記振込先金融機関へお振込みください。なお、関西電力健康保険組合の振込をもって当方の代金受領と認め、別に領収書を発行いたしません。
	<input type="checkbox"/>	請求者が死亡した被保険者の法定相続人でない場合 関西電力健康保険組合からの埋葬料(費)は、上記振込先金融機関へお振込みください。なお、関西電力健康保険組合の振込をもって当方の代金受領と認め、別に領収書を発行いたしません。 (給付金等の振込先は、法定相続人から「承諾書」を提出することにより指定します。)
	上記選択した内容について承諾します。 令和 年 月 日 【住所】 _____ 【電話番号】 _____ 【請求者氏名】 _____ 印 「自筆の場合、押印は省略可」	

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

(令和7年4月)