

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	5 1 2 3 4 5 6	請 求 者 氏 名	健 保 花 子		
	請 求 者 住 所	〇〇県〇〇市△△町 番 号			被 保 険 者 所 属	〇〇(株)〇〇支店△△
	死亡した被保険者の氏名	健 保 太 郎		生 年 月 日	昭和・平成 令和 35 年 1 月 31 日	
	死亡年月日	令和 7 年 4 月 5 日		死亡の原因	脳内出血	
	埋葬年月日	令和 7 年 4 月 7 日		請求者と被保険者との関係	妻	
	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 住 所		第 三 者 の 氏 名	
(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。 令和 年 月 日	事 業 主 代 理 人 職 氏 名
------------------	---	-------------------------

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	大 阪 銀行		中之島 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)	0	1	2	3	4	5	6
	「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		ケンポ ハナコ 健 保 花 子							

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。	
	☒	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。
	☐	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 7 年 4 月 15 日 【住所】 〇〇県〇〇市△△町 番 号 【電話番号】 0001-11-2222 【請求者氏名】 健 保 花 子 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)