

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

請 求 内 容	被保険者番号		死亡した被保険者の氏名				
	被保険者所属		被保険者の生年月日	昭・平	年	月	日
	請求者の氏名		請求者と被保険者との関係				
	請求者の住所		被保険者との同居	同居 別居	被保険者の被扶養者	該当 不該当	
	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	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。	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」	