

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日	整理番号		事業主側經由所属		
	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

被保険者証番号		請求者氏名	(印)		
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	年 月 日
死亡年月日	平成 令和	年 月 日	死亡の原因		
埋葬年月日	平成 令和	年 月 日	請求者と被保険者との関係	標準報酬等級	級
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	(印)	
	令和 年 月 日				

承 諾 書

関西電力健康保険組合 御中

貴組合からの埋葬料（費）および以後の給付金等は、下記預金口座へお振込み下さい。
なお、貴組合の振込をもって当方の代金受領と認め、別に領収証を発行いたしません。

記

1. 振込銀行	銀行(コード*) 支店(コード*) *印記入不要 ※ゆうちょ銀行ご希望の場合は、HP掲載の別様式「承諾書」にてご申請ください。
2. 預金種別	普通預金以外は右記へ記入ください→[]
3. 口座番号	
4. フリガナ 口座名義	

令和 年 月 日

住 所 : 〒 —

T E L : () —

氏 名 :



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。

【備考欄】

(令和元年5月)