

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

令和元年 5月 15日

被保険者証番号	5 1 2 3 4 5 6	請求者氏名	健保 花子 印		
請求者住所	〇〇県〇〇市△△町1番1		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	25年 1月 31日	
死亡年月日	平成 令和	元年 5月 1日	死亡の原因	脳内出血	
埋葬年月日	平成 令和	元年 5月 1日	請求者と被保険者との関係	妻	標準報酬等級 31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	〇〇銀行(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	1234567	
4. フリガナ 口座名義	ケンポ 健保	ハナコ 花子

令和元年 5月 15日

住所 〒500-0001
〇〇県〇〇市△△町1番1号

TEL: 012-345-6789

氏名

印

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)