

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

サントリー健康保険組合 御中

年 月 日 申請

下記により請求します

* (該当○印)

被保険者
家族

埋葬料(費)請求書

注) 死亡診断書または埋葬許可書等の
写しを必ず添付してください。

被 保 険 者	勤務先事業所	部署	
		内線	
	保 険 証 記号・番号	記号	番号(氏名コードNo.)
	フリガナ		
	氏 名		

請 求 者	死亡した者の氏名・生年月日		埋葬(葬儀)を行った年月日	年 月 日
	氏 名 〔 被保険者 との続柄 〕		遺族以外の方が埋葬(葬儀)を 行った場合に 要した費用	円
	[和暦] 年 月 日生		死亡が第三者の行為に因るものとなるときは、その事実ならびに 第三者の氏名及び住所(氏名住所不明のときはその旨)	
	死亡年月日と死亡原因 年 月 日死亡			
記 入	* (ア〜ウ該当○印) ア. 在職者の被扶養者 が死亡の場合		ア. は被保険者の給与振込で支払います。	
	イ. 被保険者が死亡 の場合	振 込 銀 行	(フリガナ) 銀行	(支店コード) 支店〔
		普通預金口座番号	No.	
ウ. 退職者の被扶養者 が死亡の場合	名 義	(フリガナ)		
欄	上記により請求します。			
	上記アの場合、所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。 請求者住所 年 月 日 氏 名 (印) 続 柄 TEL			

健 保 支 給 決 定 欄	常務理事	事務長	担当者	支 給 決 定 額					
				埋葬料 (費)	万	千	百	十	円
				¥					
	死亡年月日	年 月 日		備 考	支給年月 . .				
被保険者の 資格	年 月 日 取得 年 月 日 喪失								
被扶養者の 資格	年 月 日 取得 年 月 日 喪失								

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。
任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。