

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

記入見本

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	SWH	部署	●●●部
			内線	111-1234
	保険証 記号・番号	記号 ●●●●	番号(氏名コードNo.)	●●●●●●
	フリガナ	ケンポ タロウ		
氏名	健保 太郎			

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 健保 愛子		遺族以外の方が埋葬(葬儀)を行った場合に要した費用		●●●,●●●円
	〔 被保険者との続柄 妻 〕		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)		
	[和暦] ●●年●●月●●日生				
求	死亡年月日と死亡原因				
	●●年●●月●●日死亡 死亡原因 [心不全]				
者 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		●●市●●●	氏名 健保 太郎	
	●●年●●月●●日	続柄		TEL ●●●●-●●●●-●●●●	健印

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	平成	年	月	日	¥			
	被保険者の資格	年	月	日	取得	備考			
被扶養者の資格	年	月	日	取得	支給年月 . .				
	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。