

請求者→健保組合→支払

サントリー健康保険組合 御中

平成 年 月 日 申込

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 記 入 欄 | 死亡した者の氏名・生年月日 | | 埋葬(葬儀)を行った年月日 | 平成 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 |
| | 昭 平 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 | | | |
| | 平成 年 月 日死亡 | | | |
| | 死亡原因 [] | | | |
| | * (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(支店コード) | |
| | ウ. 退職者の被扶養者が死亡の場合 | | 普通預金口座番号 No. (フリガナ) | |
| 上記により請求します。 | | 請求者住所 | | |
| 平成 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 | 平成 年 月 日 | 取得 | 備 考 | 支給年月 . . | | | | |
| | 被保険者の資格 | 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。