

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

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
	保 険 証 記号・番号	●●●●●	内線	111-1234
	フリガナ	ケンポ タロウ		
	氏 名	健保 太郎		

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	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]		
	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				
[心不全]				
* (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)		
上記により請求します。		請求者住所	〒●●●-●●●● ●●市●●●	
平成 ●●年 ●●月 ●●日		氏 名	健保 太郎	
		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	備 考			
	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	支給年月 . .				

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。