

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

Date of application (YY/MM/DD)

【提出先】
〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー大阪オフィス内
* (Circle as applicable) 保険組合宛

Insured person

【和暦】 令和●年 ●●月 ●●日 申請

Insured person

* (該当○印)

Claim for Funeral Expenses

Family

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

Name/date of birth of deceased (YY/MM/DD)

被保険者	Establishment 勤務先事業所 Health insurance symbol/number 健康保険/記号・番号 記号 番号 1234 123456	部署 Division 〇〇部
	フリガナ Furigana ケンコウ タロウ	
	氏名 Name 健康 太郎	
	Date of funeral (YY/MM/DD)	

請求者記入欄	死亡した者の氏名・生年月日 氏名 健康 花子 被保険者との続柄 妻 Relationship to insured person 【和暦】 ●●年 ●●月 ●●日生 Date of birth (YY/MM/DD)	埋葬(葬儀)を行った年月日 【和暦】 令和●年 ●●月 ●●日 Date of funeral (YY/MM/DD)
	死亡年月日と死亡原因 【和暦】 令和●年 ●●月 ●●日死亡 Date (YY/MM/DD) and cause of death 死亡原因 心不全 Date of death (YY/MM/DD)	遺族以外の方が埋葬(葬儀)を行った場合に要した費用 Cost incurred if funeral organized by person other than surviving family member
	ア. 在職者の被扶養者が死亡の場合 A. Death of dependent of current employee	
	イ. 被保険者が死亡の場合 振込銀行 (フリガナ) 銀行 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 C. Death of dependent of former employee	
	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 ■■県〇〇市▲▲ 氏名 健康 太郎 続柄 本人 Relationship TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

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	¥				
	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	備考				
	年	月	日	喪失	支給年月 . .				

Notification is sent to your address after the payment is decided

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給」 If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.
在職者は給与にて支給します。給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄をご覧ください。
任意継続被保険者は、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.