

【提出先】

郵送の場合：〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー健康保険組合宛
 社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

年 月 日 申請

* (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 | 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 死亡原因 [] | | |
| * (ア〜ウ該当○印) | ア. は被保険者の給与振込で支払います。 | | |
| ア. 在職者の被扶養者 が死亡の場合 | 振込銀行 | (フリガナ) 銀行 | (支店コード) 支店I |
| イ. 被保険者が死亡 の場合 | 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。 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 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 | 支給年月 . . | | | | | |
| | 被保険者の 資格 | 年 月 日 取得 年 月 日 喪失 | 考 | | | | | | |
| 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。