

【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
サントリー健康保険組合宛

【和暦】 ●●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	SWH	部署	●●●部
	保険証 記号・番号	●●●●	番号	●●●●●●
	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	【和暦】令和●●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】令和●●年●●月●●日生		
求	死亡年月日と死亡原因	【和暦】令和●●年●●月●●日死亡	
	死亡原因	[心不全]	
者	* (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I (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)
記 入	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 【和暦】令和●●年●●月●●日 ●●市●●●		
欄	氏名 健保 太郎		
	続柄 本人 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	¥				
	被保険者の資格	年	月	日	取得	備考	支給年月 . .		
被扶養者の資格	年	月	日	喪失					

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を郵送します。
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。