

【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	SWH	部署 ●●●部
			内線 111-1234
	保険証 記号・番号	記号 ●●●●	番号(氏名コードNo.) ●●●●●●
	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	●●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] ●●年●●月●●日生		
	死亡年月日と死亡原因		
	●●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)	(支店コード)
		銀行	支店I
		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 ●●市●●●● 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	年	月	日	備 考	支給年月 . .			
	被保険者の資格	年	月	日					
被扶養者の資格	年	月	日	取得					

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。