

被保険者
家族 埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す 欄	被保険者証 の記号番号	—		被保険者 の氏名	—		事業所の名称	—		
	被保険者 の住所	〒 — TEL () —								
	死亡された 方の氏名	—		被保険者 との続柄	—		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		
	死亡年月日	令和 年 月 日		第三者行為に よるものですか？			はい ・ いいえ			
	埋葬年月日	令和 年 月 日		死亡原因(病名)			—			
	支払希望 の振込先	金融機関名		支店名(店番)			口座名義人氏名			
		銀行 信用金庫 信用農協		本店 支店 出張所			フリガナ 氏名			
口座番号		普通・当座						口座名義人の続柄 (被保険者からみた)	本人・()	
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 サンゲツ健康保険組合 理事長殿 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊟										

事 業 主 の 証 明	死亡者の氏名	死亡年月日	死亡者の別
	—	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者ではない
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 愛知県名古屋市西区幅下一丁目4-1 株式会社サンゲツ 代表取締役 近藤 康正 ㊟		

<注意事項>

- ★請求書は、油性ボールペンで丁寧にはっきりと記入し、書き損じた場合は訂正箇所^①に訂正印を押してください。消えるボールペンは使用しないでください。
- ★被保険者(本人)もしくは被扶養者(家族)が死亡したときに支給されます。請求される方、死亡された方によって添付書類が異なりますのでご注意ください。
また、必要に応じ、追加で書類の提出依頼をすることがあります。その際は、当健保まで速やかに提出をしてください。
- ★業務上あるいは通勤途中の事故などが原因で死亡したときは健康保険の埋葬料は支給されません。労災保険の「葬祭料」が支給されますので、会社の担当者に確認をしてください。

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印