

支給総額	¥	取得日		年	月	日	決定伺			
		喪失日 (回収日)		年	月	日	常務理事	事務長		
法定	¥	認定日		年	月	日	担当者			
		抹消日		年	月	日				
附加	¥	被扶養者認定の有無		有	無	支給期間		年	月	日
		本人	家族	備考						

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書
家 族

◎ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆等、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。

次ページの【記入上の注意】および【添付書類について】をよく読んで記入してください。

請求者が記入する欄	被保険者証 記号-番号	—	事業所名称							
	死亡の年月日	年	月	日	死亡の原因 (傷病名)					
	被保険者が 亡くなったとき	被保険者の 氏名		生年月日	年	月	日	被保険者からみた 請求者との身分関係		
		埋葬年月日	年	月	日	埋葬に 要した費用	円			
	被扶養者が 亡くなったとき	被扶養者の 氏名		生年月日	年	月	日	被保険者 との続柄		
	第三者行為による死亡ですか		<input type="checkbox"/> はい	➔		「第三者行為による傷病届」を添付してください		<input type="checkbox"/> いいえ		
	振込先 指定口座 (被保険者死亡 の場合)	種 別	銀行	信用金庫	信用組合	支店				
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号		名 義 人 氏 名					
	上記のとおり請求します		住所 〒		—		記入日	年	月	日
	被保険者(請求者)氏名		TEL		—		—			
SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長様										

事業主が証明する欄	亡くなった者 の氏名		死亡した年月日	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
記入日		年	月	日	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	
		TEL		⑩		

委任の欄	上記、埋葬料（費）の受領を					
	健保代理受領口 代理人		⑩ に委任します。			
	記入日		年	月	日	被保険者氏名
				⑩		

受 付 印	
-------	--

【記入上の注意】

- ①この請求書は、被保険者又はその被扶養者が死亡した場合に埋葬料（費）を請求するものです。
- ②この請求書は、ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。
鉛筆等、消せるボールペン（フリクション等）で記入された場合は無効です。
- ③在職中の方は「委任の欄」についても、記入日および被保険者氏名、
捺印（請求印と同じ印）をお願いします。
- ④被保険者死亡のとき、被扶養者以外の生計関係のある方が埋葬を行った場合、
生計関係並びに続柄を示す書類（住民票の原本など）を添付してください。
- ⑤振込先指定口座については、請求者名義に限ります。

【添付書類について】

- ①死亡診断書(死体検案書)の写しを添付してください。ただし、事業主の証明がある場合は不要です。
- ②死亡した被保険者に被扶養者がおらず、他の者が埋葬を行った場合は、「埋葬に要した費用」欄を
記入し、捺印をお願いします。
埋葬に要した費用の詳細が分かる領収証（原本）を添付してください。（領収証は返却できません）
- ③死亡の原因が、事故やけがの場合は、「負傷原因報告書」を添付してください。
- ④死亡の原因が、第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。