

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		
付加	¥	抹消日		年	月	日		
被扶養者認定の有無		有	無	支給期間		年	月	日
摘要	本人	家族	備考					

## 健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書

◎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。

別紙の【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 記号一番号	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	事業所名称	佐川急便株式会社			
	死亡の年月日	令和〇年 〇〇月 〇〇日	死亡の原因 (傷病名)	〇〇〇〇〇			
	被保険者が 亡くなったとき	被保険者の 氏名	佐川 一郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	被保険者からみた 請求者との身分関係	妻
		埋葬年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	埋葬に 要した費用	〇〇〇〇〇〇〇円		
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			
振込先 指定口座 (被保険者死亡 の場合)	種別	〇〇〇〇	信用金庫	〇〇〇〇	支店		
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ ( サガワ ハナコ )			
	<input type="checkbox"/> 当座			佐川 花子			
上記のとおり請求します			記入日	令和2年 〇〇月 〇〇日			
住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			〇〇〇市〇〇 1丁目 〇〇-〇				
被保険者(請求者)氏名			佐川 花子	TEL	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
S G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 記入日	年	<b>死亡診断書（死体検案書）の写しを添付する場合、 事業主の証明は不要です。</b>			
事業主氏名 _____ TEL _____						

委任の欄	上記、埋葬料（費）の受領を					受付印
	健保代理受領口 代理人					<b>在職中の方は受領代理人が必要です。 委任の欄に、記入日および氏名を記入のうえ事業所 へ提出してください。</b>
	記入日	年	月	日	被保険者氏名 _____	