

被保険者
家 族 埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号番号	—	被保険者 の氏名		事業所 の名称	株式会社サンゲツ	
	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 令和 年 月 日	
	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 金融機関 (下記2参照)	銀行 信用金庫		フリガナ			
		本店 支店		名義人 氏名			
		口座番号 (普通口座)		被保険者と 名義人の続柄	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 安田 正介 ㊟			

<添付書類及び注意事項>

1. 死亡診断書(写)を添付してください。
2. 被保険者死亡による請求の場合、相続者を請求者として申請してください。
その請求者が、サンゲツ健康保険組合における被扶養者でない場合には、相続者であることのわかる書類の写しも添付してください。

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印