

受付年月日		令和 年 月 日	
伺年月日		令和 年 月 日	
支給額		円	
内訳	埋葬料 / 埋葬費	円	
	埋葬料 / 埋葬費付加金	円	
資格取得		年 月 日	
資格喪失		令和 年 月 日	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	確認	担当
決裁年月日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者
家族
埋葬料 / 埋葬費（付加金）請求書

健康保険の 記号・番号	第 号		事業所 の名称			
死亡した 年月日	令和 年 月 日		死亡 原因			
被保険者が	被保険者の氏名		標準報酬月額		千円	
	請求者の氏名		死亡した被保険者 と請求者の続柄			
死亡の場合	埋葬した 年月日	平成 年 月 日		埋葬に要 した費用	円	
被扶養者が 死亡の場合	死亡者 氏名	生年 月日		大平 昭令 年 月 日	被保険者 との続柄	
老人保健法の医 療を受けていた とき	市町村 番号	受給者 番号		発行 機関名		
死亡が第三 者の行為に よる場合	氏名	住所				
	(不詳であるときはその旨)					
	事故の状況					
振込を希望する銀行等の名称				預金の種類及び口座番号		
銀行 支店 正確に「フリガナ」をふってください 信用金庫						
※三菱UFJ銀行の口座をお持ちの方は、当該口座の指定をお願いいたします。				フリガナ		
普通 口座番号				口座名義人		
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入)						
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住所 請求者の 氏名 TEL () サンリオ健康保険組合理事長 殿						

事業主 の 証 明	死亡した 者の氏名			被保険者 被扶養者	の別	被保険者	・	被扶養者
	死亡した年月日	令和 年 月 日		死亡				
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名							