

Funeral Expenses (Costs)/Funeral Expenses (Costs) additional sum

〈Example〉 If the insured individual has died ~page 1~

《記入例》被保険者本人が死亡した場合 1ページ目

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定										
	付加											
	決定標準報酬月額											
	死亡年月日	平成		年		月		日	昭	平	年	日

Need not be filled out

- Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
- If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/number

Claimant's address

Daytime telephone number
 Home Office Cell phone

Date of death (Y/M/D)

Information on the deceased if he or she was the insured individual

These sections to be completed by individual demanding payment

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month? (If the deceased is the insured individual, proceed to "Yes")

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees (If the deceased is the insured individual, proceed to "No")

Requested bank account for receipt of payments
● Enter either a bank or a post office account number

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者 被扶養者

埋葬料 (費) ・ 埋葬料 (費) 付加金 請求書

①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②請求者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	健保 花子
③請求者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び不備の際に使用します	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99	Name and Seal of claimant	
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します ※複数可	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	-
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社 Name of company where the insured individual is or was employed		
⑥死亡年月日	平成 17年 3月 28日	⑦死亡原因	急性心不全 Cause of death
⑧被保険者が死亡したための請求の場合その者の	(a)氏名 健保 太郎 Name	(b)埋葬年月日	平成 17年 3月 31日
	(c)埋葬に要した費用 Burial expenses 円 (別紙証拠書のとおり)	(d)被保険者と請求者の身分関係(続柄)	妻 Relationship with the insured
⑨被扶養者が死亡したための請求の場合その者の	(a)氏名	(b)生年月日	(b)被保険者との続柄
	明・大・昭・平 年 月 日		
⑩この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することが明らかですか【被保険者本人死亡の場合は「はい」へ】	<input checked="" type="checkbox"/> はい⇒⑩へ Yes⇒Go to 11 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑬へ No⇒Go to 13		
⑪この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・退職者医療制度)に加入していますか【被保険者本人死亡の場合は「いいえ」へ】	<input type="checkbox"/> はい⇒⑩~⑬記入不要 Yes⇒Skip 12 to 13 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑩へ (⑬記入不要) No⇒Go to 12 (Skip 13)		
⑫振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行 Bank	Name and branch of financial institution 〇〇	銀行 普通 店 番 999 支店 当座 口座番号 9999999
	郵便局 Post office	記号 Symbol	番号 Number
⑬委任状 ●押印必須(外国国籍を有する方はサイン可)	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した埋葬料(費)及び被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入		
	平成 年 月 日		

2ページ目につづく

Date of burial (Y/M/D)

An account in the name of the individual requesting payment

受付印

- 〔注意事項〕
1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
 2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
 3. ②欄 被保険者が死亡した場合は請求者となるご家族等の氏名を記入して下さい。
 4. ⑦欄 病名等を記入して下さい。
 5. ⑧欄 (b) (c) 死亡した被保険者と生計維持関係のある方(妻・子等)が請求者である場合は記入不要です。それ以外の場合は記入し、埋葬に要した費用の領収書(原本)、明細書(写し可)を添付して下さい。
 6. 死亡日が確認できる書類を添付してください。
(例)『埋葬許可証の写し』・『火葬許可証の写し』・『死亡診断書の写し』等
添付ができない場合は、2ページ目⑭~⑯のいずれかに証明を受けてください。
 7. 被保険者が死亡した場合で、請求者との関係を確認する為に別途書類をご提出頂く場合があります。
 8. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 03-5795-6111 FAX:03-5795-6107
受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

〈Example〉 If the insured individual has died ~page 2~

《記入例》被保険者本人が死亡した場合 2ページ目

⑩死亡診断書(体検票書)記載事項証明書(写し添付可)			
死亡者の氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日
発病年月日	年 月		
死亡の年月日時分	平成	年 月 日	午前・午後 時 分
死亡の場所及びその種別	1病院 2診療所 3老人保健施設 4助産所 (1~4の名称) 5自宅 6その他		
死亡の種類	1病死及び自然死 2外因死 (2不慮の事故 3その他 4自殺 5他殺 6その他及び不詳) 7その他及び不詳		
死亡の原因	(a) 直接死因		
	(b) (a)の原因	発病から死亡までの期間	
	(c) (b)の原因		
	その他の身体状況		
外因死の追加事項	傷害発生年月日時分	平成	年 月 日 午前・午後 時 分
	手段及び状況		
	傷害発生の場所	市区町村 1 従業中 2 従業中でない時 場所名の具体的記載欄	
上記の通院診断(検案)する		平成	年 月 日
病院若しくは診療所の名称 { 及び所在地又は医師の住所 }			
<p>This page need not be submitted if a document (copy) that can be used to confirm the date of death is attached. If such documents cannot be submitted, obtain proof.</p>			
死 因	1法定伝染病 2その他		
死亡の年月日	平成	年 月 日	午前・午後 時 分
死亡の場所			
火葬の場所			
申請者の	住所		
	氏名	死亡者との続柄	
上記は死体火葬許可証の写しであることを認証する。		市区町村長	
平成 年 月 日		印	
死亡者の氏名	死亡年月日	平成	年 月 日
死亡者は被保険者ですか	被 保 険 者 ・ 被 保 険 者 で な い		
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成	年 月 日
住 所			
事業主			
氏 名			
電話番号	() ⑩		