

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												
	死亡年月日	平成 年 月 日							資格	得喪 昭・平 年 月 日 喪 平成 年 月 日			

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者
家族

埋葬料・埋葬料付加金 請求書

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号 番号	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				㊟
	③請求者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します	〒 — — — — —					
	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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— — — — —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— — — — —		
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要					⑥死亡年月日	平成 年 月 日
	⑦死亡原因					⑧第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑨被保険者が死亡したための請求の場はその者の	(a)氏名			(b)埋葬年月日	平成 年 月 日	
		(c)埋葬に要した費用 (別紙証拠書のとおり)	円		(d)被保険者と請求者との身分関係(続柄)		
	⑩被扶養者が死亡したための請求	(a)氏名			(b)生年月日	(c)被保険者との続柄	
						昭・平 年 月 日	
	⑪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 type="checkbox"/> はい⇒⑫へ <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑭へ
	⑫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⇒⑬～⑭記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑬へ（⑭記入不要）
	⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行	銀行 普通 店番		フリガナ		
			支店 当座 口座番号		名義人氏名		
	郵便局	記号	番号		フリガナ		
		名義人氏名					
⑭委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した埋葬料及び同付加金の受領方を委任します。					平成 年 月 日	
		被保険者住所					
		被保険者氏名		㊟			

《2ページ目につづく》

【注意事項】

- 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 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。
- ⑦欄 病名等を記入して下さい。
- ⑨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。
- 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⑮～⑰のいずれかに証明を受けてください。
- 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。
- 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）

受 付 印

【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。

- 法令に基づく場合
- 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
- 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
- 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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

死亡診断書(死体検案書)記載事項証明書 [写し添付可]				
⑮ 医師が証明するところ	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 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		発病から死亡までの期間
		(b) (a)の原因		
		(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		
上記の通り診断(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				
(氏名) 医師		印		

死体火葬許可証記載事項証明書 [写し添付可]				
⑯ 市区町村長が証明するところ	証発第 号	交付 平成 年 月 日 第 号		
	死亡者の本籍			
	死亡者の氏名		性別 男・女 生年月日 年 月 日	
	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		

⑰ 事業主が証明するところ	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	() 印		

《記入例》被保険者本人が死亡した場合 1ページ目

支給決定書	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							記入不要				
		付加											
死亡年月日	平成	年	月	日	資格喪失	昭・平	年	月	日	昭・平	年	月	日

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者
家族

埋葬料・埋葬料付加金 請求書

認印可
シヤチハタ不可

請求者が記入するところ	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、及び不備書類返却の際に使用します	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99 専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇			
	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被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	〇〇××株式会社		⑥死亡年月日	平成 24年 12月 1日
	⑦死亡原因	急性心不全		⑧第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑨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	(b)埋葬年月日 平成 年 月 日	(c)埋葬に要した費用 円 (別紙証書のとおり)	(d)被保険者と請求者の身分関係(続柄) 妻
	⑩被扶養者が死亡したための請求	(a)氏名	(b)生年月日 昭・平 年 月 日	(c)被保険者との続柄	
	⑪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 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑭へ			
	⑫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⇒⑬～⑭記入不要 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑩へ (⑭記入不要)			
	⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行 〇〇	銀行 普通 店番 999	7がナ ケホハコ	名義人氏名 健保花子
⑭委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した埋葬料及び同付加金の受領方を委任します。 平成 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名				

《2ページ目につづく》

〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シヤチハタ・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. ⑨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⑮～⑰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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

受 付 印

《記入例》被保険者本人が死亡した場合 2ページ目

死亡診断書(死体検案書)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
発病年月日	年	月	日
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 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		
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <p>死亡日が確認できる書類(写)を添付する場合は、このページの提出不要。 書類が提出できない場合、いずれかに証明を してもらう。</p> </div>			
上記の通り診断(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]			
(氏名) 医師			印
死体火葬許可証記載事項証明書 [写し添付可]			
証発第	号	交付	平成 年 月 日 号
死亡者の本籍			
死亡者の氏名	性別	男・女	生年月日
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。		平成	年 月 日
			市区町村長 印
⑰事業主が証明するところ			
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	()		印

《記入例》被扶養者が死亡した場合 1ページ目

支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	法定											
	付加											
死亡年月日	平成 年 月 日							昭・平	年	月	日	
	平成 年 月 日							喪	平成	年	月	日

記入不要

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者
家族

埋葬料・埋葬料付加金 請求書

認印可
シャチハタ不可

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 太郎
③請求者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び 不備書類返却の際に使用します	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99		
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被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	〇〇××株式会社		
⑥死亡年月日	平成 24年 12月 1日		
⑦死亡原因	急性心不全		⑧第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨被保険者が死亡したための 請求の場合 その者の	(a)氏名	(b)埋葬年月日	平成 年 月 日
	(c)埋葬に要 した費用 (別紙証拠書のとおり)	(d)被保険者と請求者 との身分関係(続柄)	
⑩被扶養者が死亡 したための請求	(a)氏名	(b)生年月日	(c)被保険者との続柄
	健保 和子	昭・平 28年 12月 30日	母
⑪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 type="checkbox"/> はい⇒⑩へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑭へ		
⑫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⇒⑬～⑭記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑬～（⑭記入不要）		
⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちら か一方を記入	銀行	普通 店番	リガナ
	支店 当座	口座番号	名義人氏名
⑭委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方 のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記 受領方を委任します。		
	被保険者住所	〇〇県△△市××99-99	平成 24年 12月 20日
	被保険者氏名	健保 太郎	委任状を記入した日

《2ページ目につづく》

〔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. ⑨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⑮～⑰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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

受 付 印

《記入例》被扶養者が死亡した場合 2ページ目

死亡診断書(死体検案書)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	年 月 日	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 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		
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <p>死亡日が確認できる書類(写)を添付する場合は、このページの提出不要。 書類が提出できない場合、いずれかに証明を してもらう。</p> </div>			
上記の通り診断(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]			
(氏名) 医師			印
死体火葬許可証記載事項証明書 [写し添付可]			
証発第 号	交付	平成 年 月 日	号
死亡者の本籍			
死亡者の氏名	性別	男・女	生年月日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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
⑰事業主が証明するところ			
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 ()	Ⓜ		

《記入例》被保険者だった者が資格喪失後3ヵ月以内に死亡した場合 1ページ目

支給決定書	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							記入不要				
		付加											
死亡年月日	平成	年	月	日	資格喪失	昭・平	年	月	日	昭・平	年	月	日

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者
家族

埋葬料・埋葬料付加金 請求書

認印可
シャチハタ不可

請求者が記入するところ	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、及び不備書類返却の際に使用します	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99			
	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	専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	〇〇××株式会社			
	⑥死亡年月日	平成 24年 12月 1日			
	⑦死亡原因	急性心不全		⑧第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑨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	(b)埋葬年月日 平成 年 月 日	(c)埋葬に要した費用 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
	⑩被扶養者が死亡したための請求	(a)氏名	(b)生年月日 昭・平 年 月 日	(c)被保険者との続柄	
	⑪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 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑭へ			
	⑫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⇒⑬～⑭記入不要 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑩へ (⑭記入不要)			
	⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行 〇〇	銀行 普通 店番 999	支店 当座 口座番号 9999999	フリガナ ケンポ ハナコ 名義人氏名 健保花子
	⑭委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した埋葬料及び同付加金の受領方を委任します。 被保険者住所 被保険者氏名			

《2ページ目につづく》

〔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. ⑨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⑮～⑰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）

受 付 印

〔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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

《記入例》被保険者本人が資格喪失後3ヵ月以内に死亡した場合 2ページ目

死亡診断書(死体検案書)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
⑮ 医師が死亡の種類	1病死及び自然死 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
<p>死亡日が確認できる書類(写)を添付する場合は、このページの提出不要。 書類が提出できない場合、いずれかに証明を してもらう。</p>	
上記の通り診断(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] (氏名) 医師 印	
死体火葬許可証記載事項証明書 [写し添付可]	
証発第 号	交付 平成 年 月 日 第 号
⑯ 市区町村長が証明するところ	死亡者の本籍
	死亡者の氏名 性別 男・女 生年月日 年 月 日
	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。平成 年 月 日 市区町村長 印
⑰ 事業主が証明するところ	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 () 印