

提出ルート: 被保険者→事業主→健保
 (任意継続被保険者は直接 健保へ)

同年月日 年 月 日				支払年月日	年 月 日	支給金額				
常務理事	事務長	担当	担当	資格取得	年 月 日					
				死亡日	年 月 日	支給額				

家族 埋葬料請求書 (被扶養者が亡くなった場合)

21 この請求書には「死亡届(すべての面)の写し」「被保険者証」「傷病原因届」を添付して下さい。

被保険者(請求者)が記入するところ	被保険者の記号番号		被保険者の所属・氏名	部 課/主査						
	請求者の現住所	〒 電話								
	事業所の名称									
	死亡者の氏名		生年月日	昭平令	年 月 日	続柄				
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因							
	埋葬日	令和 年 月 日	備考							
	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日									
被保険者(請求者)署名(自筆)										

受取代理(事業所)	代理人の住所	(〒 -) (ゴム印使用)								
	代理人の氏名									

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関		銀行名			銀行・信金 信組				店・本店 支店・出張所		
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可です)		銀行番号			店番号						
	預金種別	1: 普通 2: 当座	口座番号				(フリガナ) 口座名義					

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。