

シャープ健康保険組合

死亡届

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

作成 年 月 日

被保険者 証番号	記号	番号				被保険者 氏名	フリガナ			
	100 ・ 1000									
住所	〒 TEL					個人番号 (保険証の番号を記入していれば省略可)				
申出の遺族氏名		フリガナ				続柄				

死亡日	添付提出書類
令和 年 月 日	① 亡くなった日が分かる書類のコピー (例：死亡診断書、埋葬許可証、住民票の除票など) ② シャープ健康保険証/資格確認書 (家族分も含めて返却)

亡くなられた日の翌日以後、扶養のご家族は診療・調剤時に、健康保険が変わったことを伝えましたか？ シャープ健保へ請求された資格喪失日以降の医療費は、後日返納いただくことになります。誤請求防止のために、健康保険の変更をお伝えください	<input type="checkbox"/> 診療・調剤を受けていない <input type="checkbox"/> 健康保険の変更を伝えた <input type="checkbox"/> 健康保険の変更を伝えなかった
---	--

< 健保記入欄 >

常務理事	事務長	課長		担当

資格喪失年月日	令和				
---------	----	--	--	--	--

< 健保処理欄 >

証回収	有・無
受診	無・有
還付	有・無
埋葬	有・無
入力	

健保受付印