

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				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	③ 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) ④ シャープ健康保険証 (家族分も含めて返却)

亡くなられた日の翌日以降、扶養のご家族はシャープ健康保険証を使用されましたか？ (薬局での使用も含む)

いいえ ・ はい

※使用された時は、後日シャープ健康保険組合から医療費の請求をしますので、ご自身で医療費の精算手続きが必要です。

< 健保記入欄 >

常務理事	事務長	課長		担当

< 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

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