

被保険者
被扶養者

〔埋葬料（費）
同付加金〕

請求書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

健 保 欄	常務理事	事務長	部長	担当

令和 年 月 日

下記のとおり請求します。

被保険者の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	被保険者の 氏名	連絡先	—	—
事業所の名称又は 銀行名・部室店名							
資格喪失年月日	(退職日の翌日) 平・令 年 月 日		死亡年月日	平・令 年 月 日		死亡原因	
本人(被保険者)が 死亡した時記入	請求者 氏名	被保険者と 請求者 の続柄	埋葬に要した費用の額 円				
上記請求者が被扶養者 以外の場合	本件の支払に当っては、私以外の者が権利を主張するなどの事項が生じても、私が全て責任を負い、貴組合には一切ご迷惑・損害を掛けません。 請求者氏名(自署)						
被扶養者が死亡した時記入	被扶養者の 氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者との続柄			
第三者の行為による死亡 該当・非該当	【該当の場合】 交通事故 ・ その他 () 第三者の氏名・住所 ()						
給付金等入金口座	銀行名	支店名	口座番号 普・()				
(被保険者以外が請求者の場 合のみ記入してください)			カタカナ 請求者名義				

事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 メール店番 代表者・役職 氏 名
--------	--

・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が必要です（「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です）。

〔個人番号記入欄〕

※銀行在籍の方へ

「個人番号による申請」の場合、事業主の証明欄は人事部で記入・押印しますので、空欄のまま「東日本(4851-00)人事サービスセンター(健保担当)」宛に直接送付してください(個人番号の記載があるため部店内回付は厳禁)。

- (注) ① 死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の方が埋葬を行い請求するときは、請求者氏名(フルネーム)が宛先として明記されている、埋葬に要した費用の明細付「領収書」(原本)を添付してください。
- ② 死亡の翌日から起算して2年以内に請求を行わないときは、時効によりその請求権は消滅します。
- ③ 事業主の証明が得られない場合は、死亡診断書・火葬許可書など死亡を証する書類を添付してください。
- ④ 被扶養者が死亡のときは、「被扶養者喪失届」【書式2-4】と同時に提出してください。
- ⑤ 死亡が第三者の行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」【書式6-1】の提出が必要になります。届出がお済みでない方は健康保険組合までご提出ください。

【郵便】 〒105-0014 東京都港区芝2-4-3
【行内メール】 東日本(7872-50)

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛
三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

健 保 記 入 欄	受付日	年 月 日	給付決定日		年 月 日	
	支給額合計	被保険者	100,000円	支給内訳	埋葬諸費	50,000円
		被扶養者	100,000円	支給内訳	埋葬料付加金	50,000円
					家族埋葬料	50,000円
					家族埋葬料付加金	50,000円
	振込口座変更処理	要・否	給付種別	埋葬料・埋葬費		
	受付NO		事業所コード			