

被保険者 埋葬料(費) 請求書
 被扶養者 同付加金

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

銀行・関連会社の方は事業所部室名を記入
 任意継続被保険者の方は、「任継」と記入
 特例退職被保険者の方は、「特退」と記入

被保険者証 記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケンボ	タロウ
	0000	0000	被保険者 氏名	健保 太郎	
事業所の名称又は 銀行名・部室店名	〇〇〇〇・〇〇〇〇				
資格喪失年月日	(退職日の翌日) 平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	死亡年月日	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	死亡原因	〇〇〇〇
本人(被保険者)が 死亡した時記入	請求者 氏名	健保 一郎	被保険者と 請求者 の続柄	長男	埋葬に要した費用の額 500,000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) 健保 一郎				
被扶養者が死亡した時記入	被扶養者	生年月日	被保険者が死亡し、請求者が被扶養者以外の場合は、領収書(原本)と内訳明細書※をご添付ください。 ※請求者の氏名(フルネーム)が宛先として明記されたもの以外は受け付けられません。		
第三者の行為 該当	被保険者が死亡し、請求者が被扶養者以外の場合は、こちらにご署名ください。 ※被保険者と請求者との関係性のわかる書類(戸籍謄本等の写)をご添付ください。				
給付金等	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)	三菱UFJ	〇〇〇〇	カタカナ	ケンボ	伊吹
			請求者名義	健保 一郎	

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
--------	--	--------------

銀行・関連会社在籍の被保険者が死亡した場合は、事業主の証明が必要です。任意継続被保険者・特例退職被保険者の場合は記入不要ですが、死亡診断書(写)を必ず添付してください。

- (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		