

記入例

② 被保険者の死亡で、別居して生計維持関係のない者が埋葬した場合、埋葬に要した費用を限度内で支給。(領収書原本添付)
 ③ 資格喪失後3ヶ月以内であれば請求可(付加金なし)。死産、流産は不支給。

支給決定伺		伺年月日	平成	年	月	日
支給決定額		決裁年月日	平成	年	月	日
法定	円	常務理事	事務長	課長	係	
付加	円					

被保険者 埋葬料 請求書 家族 埋葬付加金

被保険者証の記号	記号	番号	事業所の称
資格取得年	昭・平	年	月
資格喪失年	平成	年	月
死亡した被保険者の氏名・生年月日	大・昭・平	年	月
被保険者と埋葬した者の続柄	死亡した原因	*埋葬に要した費用 ②本人死亡の場合、添付する領収書の添付	
死亡した被扶養者の氏名・生年月日	(氏名)	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
死亡原因が第三者の行為の場合はその事実並びに住所・氏名	被保険者との続柄		
死亡に関する事業上の証明	上記の通り相違ないことを証明します 平成 年 月 日 事業主(又は代理人) 住所 氏名 *任継・特例加入者は、死亡診断書、又は埋葬許可証、又は戸籍謄本等、公的証明書類を添付。(写レ可) ④		
上記のとおり請求します 平成 年 月 日 日本ユニシス健康保険組合 御中 上記金額受領方を 事業主名 (任継・特例はフランク) に委任します 請求者 〒 住所 氏名 電話 ④ * 振込希望口座 銀行 支店 普通 NO. 当座			

◎ 請求上の注意
 一、この様式は被保険者又は被扶養者が死亡した場合に、埋葬料及び埋葬付加金の請求をするものです
 二、この請求をする時は、この様式に記入のうえ、会社の証明を受けて当組合に提出して下さい
 三、この請求が被保険者である場合は、「被保険者」を○で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を○で囲んで下さい
 四、「死亡した被扶養者の氏名・生年月日」欄は、被扶養者の死亡の場合に限って記入して下さい
 五、*印箇所は被保険者埋葬料の請求に限り、埋葬に要した費用及び振込希望先口座を記入して下さい

葬儀を行った日

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

* 被保険者死亡の場合、請求者(配偶者、父、母、兄弟等)の氏名、口座を記入。

○ --- 必須、△ --- 該当者のみ記入