

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

被保険者 埋葬料 請求書
家族 埋葬料付加金

| | | | | |
|---|---|----------------|---------------|--------------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | | 事業所の 名称 | |
| | 番号 | | | |
| 資格取得 年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | | 死亡日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 資格喪失 年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | 埋葬日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 死亡した被保 険者の氏名 ・生年月日 | | | 死亡した 原因 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 被保険者と埋葬 した者との続柄 | | | *埋葬に要 した費用 | 円 |
| 死亡した被扶養者 の氏名・生年月日 | (氏名) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 被保険者 との続柄 |
| 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 | | | | |
| 死亡に関する 事業主の証明 | 上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主(又は代理人) 住所 氏名 (印) | | | |

| | |
|------------------------|-----------------|
| 上記のとおり請求します | 令和 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 | に委任します |
| 請求者 〒 | |
| 住所 | |
| 氏名 | (印) |
| 電話 | |
| * 振込希望口座 | 銀行 支店 普通 NO. 当座 |

◎請求上の注意

- 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。
- 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。
- この請求が被保険者である場合は、請求書の表題の「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。
- 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。
- *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。

(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。)