

三菱自動車健康保険組合 御中

(在職中の方は勤務先の
健保担当窓口経由でご提出ください。)

埋葬料 (費)

家族埋葬料

支給請求書

事業主印

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証 記号・番号・枝番	記号	番号・枝番		下記のとおり請求します。 令和 年 月 日				
	事業所名称				被保険者(請求者) 住所 〒 -				
	死亡者 枝番	氏名			電話 ()				
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	フリガナ			
	死亡 年月日	令和	年 月 日	死亡原因 (負傷・疾病名)	請求者が被保険者でない 場合、被保険者との続柄				
	死亡原因が 第三者の行 為によるもの の場合(注3)	事故発生 状況				任意継続被保険者・退職者記入欄 ※本人死亡の場合は下記口座に振込致します。 支払希望口座 (請求者名義のもの)			
		加害者氏名 及び住所				銀行 支店			
					口座番号 フリガナ 氏名				
	本人死亡で被扶養 者がいない場合	埋葬を 行った日	令和	年 月 日	埋葬に 要した費用	円			
	添付書類 チェック欄	【被保険者・被扶養者共通】 <input type="checkbox"/> 埋葬許可書、死亡診断書・死体検案書のうちどれか(全て写可) ※事業主の証明欄により省略可 【被保険者死亡】 <input type="checkbox"/> ① 被扶養者であった方が請求する場合、添付書類なし <input type="checkbox"/> ② 被扶養者以外で被保険者により生計維持していた方が請求する場合 ・被保険者と同居確認できる住民票 [被保険者の住民票(除票)と請求者の住民票] <input type="checkbox"/> ③ 埋葬を行った方が請求する場合 ・埋葬に要した費用と埋葬を行った方宛て領収書及び明細書(全て写可)							
事業主証明欄	被保険者 被扶養者				記載のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業主 所在地 名称 氏名				
健 保 記 入 欄	支給額	50,000円		被保険者資格取得・喪失年月日					
	取得			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日				
	支給決定年月日	令和 年 月 日		喪失	令和 年 月 日				
備考			常務理事	事務長	主任	担当			

注1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認し家族埋葬料は事業所宛、埋葬料・埋葬費は指定口座へ翌月振込みします。

2. 扶養家族死亡の場合は被扶養者届(減)の提出及び健康保険証の返却をお願いします。

3. 死亡した原因が第三者の行為(交通事故等)によるもの場合、併せて「第三者の行為による傷病届」を提出してください。