

被扶養者〔埋葬料
埋葬付加金〕請求書

Application for funeral expenses・additional benefit (for dependent)

海外部店名 Name of Overseas Division / Branch	○○○○		○○年○○月○○日 Date
被保険者の記号・番号 The Insured Number	0000-0000000	フリガナ Kana	ケンボ タロウ
		被保険者の 氏名 Beneficiary's name	健保 太郎
死亡した被 扶養者の氏名 Deceased dependent	健保 愛子	死亡した被扶養 者の生年月日 Date of birth of deceased dependent	○○年○○月○○日 Year Month Date
		続柄 Relationship	妻 満○○才 Age
死亡 年月日 Date of death	○○年 ○○月 ○○日 Year Month Date	死亡 の原因 Cause of death	心不全

三菱UFJ銀行健康保険組合 御中

To: Health Insurance Society (Do not write in the section below)

給付決定日		受付日		常務 理事	
支給額合計	¥100,000.-	内訳	家族 埋葬料	¥50,000.-	事務長
			家族埋葬 付加金	¥50,000.-	部長 係

健保記入欄	受付No.		被保険者の記号・番号	
	給付種別	家族埋葬料・2014		
	適用事業所コード			

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

【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