

埋葬料支給額	円
取得	喪失

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

○で囲んでください

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

平成 27年 10月 25日

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

461-0001 (郵便番号は必ず記入のこと)

請求者 住所 名古屋市東区泉一丁目一の二三
氏名 健保 花子

請求する人の住所・氏名をご記入ください。

次の通り請求します。

※個人番号の記載可

被保険者証の記号・番号	記号	591	番号	1	※	事業所名	トヨタ〇〇株式会社
死亡した年月日	平成	27年	10月	20日	死亡原因	肺炎	
死亡は第三者行為によるものですか		はい (事故届を提出してください) ・ <u>いいえ</u>					
被保険者が死亡の場合 (※をお読みください)	被保険者以外の者が請求するときはその者の氏名		健保 花子		埋葬した年月日	平成27年10月22日	
	死亡した被保険者と請求者との続柄		妻				
	給付金の振込先	銀行名	フリガナ アイチ 愛知		支店名	フリガナ ナゴヤ 名古屋	
	預金区分	<u>普通</u> ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号	0123456		
被扶養者が死亡の場合	死亡者氏名			生年月日	年	月	日
				被保険者との続柄			

病死の場合は、病名を記入してください。

個人振込を希望する方は、振込先を記入してください。

※請求者が被扶養者でない場合は被保険者との続柄が確認できる書類を添付してください。家族以外の方の場合は埋葬料に要した費用の領収書と内訳書を添付してください。

事業主の証明	死亡した者の氏名	健保 太郎	被保険者被扶養者の別	<u>被保険者</u> ・被扶養者
	死亡した年月日	平成 27年 10月 20日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 27年 10月 25日 住所(所在地) 名古屋市東区泉一丁目23-22 氏名(名称及び代表者氏名) トヨタ〇〇株式会社 印			
委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。		受任者(事業所が記入)	
	平成 27年 10月 25日 被保険者氏名 健保 花子 印	事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22 名称 トヨタ〇〇株式会社 印 事業主の氏名 〇〇〇〇 印		

証明がない場合は死亡診断書又は埋葬許可証を添付してください。

代表者印(事業主届出印)をお願いします。

退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙(別紙)を添付してください。