

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

被保険者  
家 族 埋葬料（費） 請求書

平成 年 月 日

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

□□□-□□□□ (郵便番号は必ず記入のこと)

住所  
請求者  
氏名

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	番号	事業所 の ※ 名称			
死亡した 年月日	平成	年	月	日	死亡 原因	
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） ・ いいえ				
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		埋葬した 年月日	平成 年 月 日		
	死亡した被保険者と 請求者との続柄					
	給 付 金 の 振 込 先	銀行 フリガナ  (銀行・信託銀行・相互銀行・信用金庫・信用組合)	支 店 名	フリガナ  (本店・支店・出張所)		
		預金区分	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座名義	フリガナ	
	口座番号					
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	

◆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		被保険者 被扶養者の別	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	平成	年	月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成	年
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 年 月 日		事業所の所在地 名称 事業主の氏名	
	被保険者氏名		印	印

・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。