

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

令和 年 月 日

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

※個人番号の記載可

被保険者証の記号-番号		被保険者の氏名		事業所の名称	
-		※			
死亡された方	氏名			被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()
	生年月日	昭・平	年 月 日	死亡した年月日	令和 年 月 日
	死亡原因			死亡は第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい⇒事故届を提出してください <input type="checkbox"/> いいえ
	埋葬した年月日	(※)	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額	(※) 円
請求者氏名			被保険者死亡の場合、被保険者と請求者の続柄		
請求者住所	□□□-□□□□(郵便番号は必ず記入のこと) TEL () -				

(※) 被保険者死亡かつ、請求者が家族以外(例：会社関係者、友人、知人等)の場合のみご記入ください。

給付金の受取方法	(A) 被扶養者が亡くなった場合(会社経由で支給)				
	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)	
		令和 年 月 日	被保険者氏名		事業所の所在地 名称 事業主の氏名
		(B) 被保険者が亡くなった場合・会社を退職された方(個人口座へ直接振込)			
銀行名	フリガナ	フリガナ	銀行 信用金庫	支店名	フリガナ 本店・出張所 支店
預金区分	<input type="checkbox"/> 普通座 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義		カタカナで記入

事業主の証明	死亡した方	死亡者氏名	死亡した年月日	令和 年 月 日
	被保険者・被扶養者			
	上記のとおり相違ないことを証明します。所在地 令和 年 月 日 名称 事業主の氏名			

添付書類	事業主の証明がない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書又は埋葬許可証(写))			
	◆ 以下の場合は、追加でご提出ください。			
	被扶養者以外の家族が請求する場合…被保険者との続柄が確認できる書類(写) 家族以外の方(友人等)が請求する場合…葬儀の領収書と内訳書(原本)			