

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 太郎

請求者氏名に被保険者ご本人様の住所・お名前をご記入ください。

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 称	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 原 因	呼吸不全					
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				千円			
	給付金 の振込先	銀行名 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	口座番号	口座名義	フリガナ			
被扶養者が 死亡の場合	死亡者 氏 名	健保 愛		生年 月 日	S3年 5月 1日		被保険者 との続柄	母

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。

病死の場合は、病名を記入してください。

記入は不要です。

※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 愛	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 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 〇〇 〇〇			
委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。 平成 27年 10月 25日 被保険者氏名 健保 太郎		受任者(事業所が記入) 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 事業主の氏名 〇〇〇〇	

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。

記入漏れがないよう確認をお願いします。
受任者は代表者名をご記入ください。