

記入例

## 埋葬料（費）支給申請書

コード

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

|               |  |          |                |  |  |
|---------------|--|----------|----------------|--|--|
| 保険証等の<br>記号番号 | 記号   | 番        | 号              | 被保険者（従業員）氏 名   |  |
|               | 〇 〇  | —        | 〇 〇 〇 〇 〇 〇    | 〇〇 〇〇〇   |  |
| 自宅住所          | 〒〇〇〇—〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇〇市〇〇〇町〇〇1—1〇〇〇マンション101号室 |          |                |  |  |
| 電 話           | 自宅電話(〇〇〇〇) 〇〇—〇〇〇〇 携帯電話(〇〇〇) 〇〇〇〇—〇〇〇〇     |          |                |  |  |
| 勤務先           | 社名   | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |                |  | 〇〇〇〇〇〇〇〇 部   |
|               | 〇〇〇〇 被保険者との続柄を記入してください                     |          |                | 職場電話(〇〇〇〇) 〇〇—〇〇〇〇   |  |
| 死亡された方が       | 被保険者（従業員）<br>の 場 合<br>→                    | 申請者氏名    | 続 柄            | 申請者 住 所  | 〇〇〇〇—〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇〇市〇〇〇町〇〇2—1  |
|               |  | △△△△△△△△ | 兄              | 電 話  | (〇〇〇〇) 〇〇〇—〇〇〇〇〇   |
|               | 被扶養者（家族）<br>の 場 合<br>→                     | 死亡者氏名    | 続 柄            | 携 帯  | (〇〇〇〇) 〇〇〇〇〇—〇〇〇〇〇   |
|               |  |          |                | 生 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 昭 和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平 成 年 月 日 |
| 死亡日           | 令和 〇〇年〇〇月〇〇日                               |          | 傷病名            | 胃癌   |  |
| 葬儀を<br>行なった日  | 令和 〇〇年〇〇月〇〇日                               |          | 死亡原因           | <input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 事故<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
|               |  |          | 第三者の行為によるものですか | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→トヨタ健保にご連絡ください                      |  |

|                                |                         |                |      |                     |                     |   |
|--------------------------------|-------------------------|----------------|------|---------------------|---------------------|---|
| 振込先（被保険者名義）                    | 〇〇〇〇 銀行・信用金庫<br>農協・労働金庫 |                | 銀行番号 | 〇 〇 〇 〇             | ←番号を確認できる<br>場合のみ記入 |   |
|                                | 支店名                     | 〇〇〇〇 支店<br>出張所 | 店番号  | 〇 〇 〇               | 預金種別                | <input checked="" type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |
|                                | 口座番号                    | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇  | 口座名義 | カタカナで記入<br>△△△△△△△△ |                     |   |
| 被保険者が亡くなった場合は、申請者の口座を記入してください。 |                         |                |      |                     |                     |   |

|         |                    |      |           |  |  |  |   |  |
|---------|--------------------|------|-----------|--|--|--|---|--|
| 事業主の証明※ | 上記対象者は             | 担当者印 | 健 保 処 理 欄 |  |  |  |   |  |
|         | 令和 年 月 日に死亡しました。   | ㊞    | 死亡年月日     |  |  |  |   |  |
|         | 本人記入欄ではありません       |      |           |  |  |  |   |  |
|         | 上記のとおり相違ないことを証明する。 |      | 埋葬費用      |  |  |  | 円 |  |
|         | 事業主所在地             |      | 決定額       |  |  |  | 円 |  |
|         | 事業主名称              | ㊞    |           |  |  |  |   |  |

※任意継続の方は事業主証明不要です