

埋葬料（費）支給申請書

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

保険証等の 記号番号		記号				番号				被保険者 氏名		健保 太郎			
被保険者 職 場 (所 属)		社内区分 (工場名等) × ×				 × × ×						× × ×		× × × G・係・組	
区 分		☒ 被保険者(従業員) ☐ 被扶養者(家 族)→資格取消申請が必要													
死亡された方について		死亡された方の情報を記入				生年月日		☐ 昭和 ☒ 平成 ○○年 ○○月 ○○日 ☐ 令和							
		氏 名 健保 太郎				病 名		脳梗塞							
申請者 記入欄		☒ 病 気 第三者の行為によるものですか ☐ 事 故 ⇒ □いいえ □はい→トヨタ健保へご連絡ください ☐ その他 []				死亡日		令和 ○○年 ○○月 ○○日							
						葬儀を行った日		令和 ○○年 ○○月 ○○日							
申請者について		氏 名 健保 花子				続 柄 妻		電話番号 (○○○) ○○○○ー ○○○○							
		住所 (書類送付先) 〒 000-0000 × × 県 × × 市 ○○-○ × × マンション○○号室													
振込先		支給決定通知書の発送先となります				種 別		☒ 普通 ☐ 当座							
		☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協 ☐ 労働金庫 × × × × 支店				口座番号		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○							
		金融機関番号				店番号		口座名義 ※申請者以外の口座は、「委任状(健保HP掲載)」の提出も必要 カタカナ ケンポ タロウ							
		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○													

事業主 証明欄	上記対象者は	担当人事・部総括担当者	健保処理欄						
	令和 年 月 日	⑩ 電話番号	死亡年月日						
	に死亡しました。		病類コード						
	上記とおり相違ないことを証明する。		埋葬費用	円					
	所在地		決定額	円					
	事業所名								