

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

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|---|---------------------|--|-----|---------------------|--------------------|--|--|
| 保険証の 記号番号 | 記号 | ○ ○ | — | 番 | 号 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ | 被保険者（従業員）氏 名 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ | |
| | 自宅住所 | 〒○○○○-○○○○ ○○県○○○市○○○町○○1-1○○○マンション101号室 | | | | | | | |
| 電 話 | 自宅電話(○○○○) ○○-○○○○ 携帯電話(○○○) ○○○○-○○○○ | | | | | | | | |
| 勤務先 | 社名 | ○○○○○○○○○ | | | | | 部 | ○○○○○○○○○ | |
| | ○○○○ 被保険者との続柄を記入してください | | | | | | 職場電話(○○○○) ○○-○○○○ | | |
| 死亡された方が | 被保険者 (従業員) の場合 → | 申請者氏名 | ▲▲▲▲▲▲▲▲ | | 続柄 | 兄 | 申請者住所 | ▲▲▲▲-▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲▲市▲▲▲▲町▲▲▲▲2-1 | |
| | | 電話 | (▲▲▲▲▲) ▲▲▲▲-▲▲▲▲▲▲ | | 携 帯 | (▲▲▲▲) ▲▲▲▲▲-▲▲▲▲▲▲ | | | |
| | 被扶養者 (家族) の場合 → | 死亡者氏名 | | | 続柄 | | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭 和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 成 年 月 日 | |
| | | 死亡日 | 令和 ○○年○○月○○日 | | 傷病名 | 胃癌 | | | |
| 葬儀を 行なった日 | 令和 ○○年○○月○○日 | | 死亡原因 | <input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | 令和 ○○年○○月○○日 | | 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) | 銀行 | 銀行 | 信用金庫 | 銀行番号 | ○ ○ ○ ○ | ←番号を確認できる 場合のみ記入 | |
| | 支店名 | 支店 | 出張所 | 店番号 | ○ ○ ○ ○ | 預金種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
| | 口座番号 | ○○○○○○○○○○ | | 口座名義 | カタカナで記入 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲ | | |

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 | | 埋葬費用 | 円 | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | 決定額 | 円 | | | |
| | 事業主所在地 | | | | | | |
| | 事業主名称 | ㊟ | | | | | |

※任意継続者は事業主証明不要です