

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 記号番号	記号	—	番 号					被保険者（従業員）氏 名						
自宅住所	〒													
電 話	自宅電話（ ） — 携帯電話（ ） —													
勤務先	社名								部					
	室・課							G・係・組		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	申請者 住 所	〒					
								電 話	（ ） —					
								携 帯	（ ） —					
		被扶養者 （家 族） の 場 合 →	死亡者氏名					続 柄	生 年 月 日	☐ 昭 和 ☐ 平 成 年 月 日 ☐ 令 和				
死亡日	令和 年 月 日					病名								
葬儀を 行なった日	令和 年 月 日					死亡原因		☐ 病気 ☐ 事故 ☐ その他（ ）						
						第三者の行為に よるものですか		☐ いいえ ☐ 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 ・ 信用金庫 農協 ・ 労働金庫					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	☐ 普通 ☐ 当座
	口座番号					口座名義		カタカナで記入					
被保険者（従業員）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					担当人事・部総括担当者		健 保 処 理 欄							
	令和 年 月 日 に死亡しました。					㊟		死亡年月日							
						連絡先 （ ）		病類コード							
	上記のとおり相違ないことを証明する。 所在地 事業所名							埋葬費用		円					
							決定額		円						

※任意継続の方は事業主証明不要です。（トヨタ以外用）

《 注意事項 》

1. 申請者の方は太枠内を記入してください。
2. 添付書類について

〔被保険者(従業員)が亡くなった〕

申請者(手続きを行う方)	添付書類
被扶養者(家族)	なし
被扶養者(家族)以外(※1)	□葬儀の「領収書」と「領収書の明細書」(原本) (領収書の名前はフルネームで記載されたもの。領収書・明細書は返却いたします)

(※1) 葬儀代を負担した方が請求者です。給付金受領者となります。

〔被扶養者(家族)が亡くなった〕

申請者(手続きを行う方)	添付書類
被保険者(従業員)	なし

〔任意継続加入の被保険者(本人)または被扶養者(家族)が亡くなった〕

亡くなった方	申請者(手続きを行う方)	添付書類
被保険者(本人)	被扶養者(家族)	□埋火葬許可証または死亡診断書の写し
	被扶養者(家族)以外(※1)	□埋火葬許可証または死亡診断書の写し □葬儀の「領収書」と「領収書の明細書」(原本) (領収書の名前はフルネームで記載されたもの。領収書・明細書は返却いたします)
被扶養者(家族)	被保険者(本人)	□埋火葬許可証または死亡診断書の写し

(※1) 葬儀代を負担した方が申請者です。給付金受領者となります。

3. 保険証等について

被保険者(従業員)が亡くなった場合、資格確認書(交付者のみ)を事業主担当者に提出してください。

被扶養者(家族)が亡くなった場合、下記健康保険の扶養取り消し手続きが必要です。(※2)

被扶養者(家族)が亡くなった	健康保険被扶養者(異動)届に記入し、資格確認書(交付者のみ)を添付の上、事業主担当に提出。
----------------	---

(※2) 任意継続加入の被保険者(本人)が亡くなった場合は、トヨタ健保にご連絡ください。

4. 支給日は毎月 5・15・25 日(支給日が土・日・祝日の場合はその前日)

※支給日の 10 日前までにトヨタ健保に到着した申請書が支給処理の対象。

※事業主の証明にも日数を必要とするため余裕を持って提出をお願いいたします。

5. 上記 4 にかかわらず、書類に不備がある・書面内容に調査が必要な場合は支払日が遅れます。

なお、医療機関、事業主、又は他の関係する保険者等に対し、支給決定に必要な情報の提示及び照会を行う場合があります。予めご了承ください。

6. 業務中・通勤途中の死亡は支給対象外となります。

7. 受給を受ける権利の時効は2年です。(起算日 埋葬料:死亡日の翌日、埋葬費:葬儀を行った日の翌日)

8. 別居の親族の方が申請する場合、親族関係がわかる書類の提出を依頼する場合があります。

《請求書提出ルート》**本人** → **事業主担当** → **トヨタ健保** ※任意継続の方はトヨタ健保へ提出

◎お問い合わせ先

トヨタ自動車健康保険組合 給付グループ 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町 6-22
外線：(0565)28-0153 内線：(811)6-0561