

健保組合 使用欄	受付日	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

埋葬料（費） 請求書

					申請日	年	月	日
保険証		フリガナ			電話番号			
記号	番号	被保険者 氏名	生年月日					
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日	
死亡された方	氏名			被保険者から みた続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ）			
	死亡日	年	月	日	死亡原因（病名）			
	埋葬日	年	月	日	埋葬費用 円			
	死亡の原因は第三者による行為（交通事故・ケンカ）や業務上によるものですか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はいの場合は健保までご連絡ください。			
請求者	氏名			死亡者からみた 続柄				
	住所	〒						
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他		番号（ ）	-	←連絡かどれる番号を ご記入ください		
委任状	上記給付金の受領を下記事業主に委任します。 年 月 日 被保険者住所 〒 氏名 _____							
振込先	・委任した時は振込先の記入不要 ・本人死亡の場合は、請求者の口座を記載願います ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします							
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所					
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
口座名義人	(フリガナ)							
	(漢字)							
死亡診断書（写）又は埋葬許可証（写）添付								
事業主証明欄	死亡した者の氏名			死亡した年月日	年	月	日	
	死亡者：	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者						
	上記のとおり相違ないことを証明します。			年	月	日		
注意事項	請求者が被扶養者 以外の場合	被保険者が死亡の場合で、請求者が被扶養者でない場合は、住民票等（亡くなった方との関係性が分かる書類）が追加が必要になります。生計維持関係のあった家族がいない場合は、埋葬に要した費用の領収書（請求者の宛先のもの、費用詳細の分かるもの）が追加が必要になります。						
	支給の時期	・療養費の支給は、毎月20日（土日祝の場合は翌平日）までに審査が完了した申請を翌月10日（金融機関休業日の場合は前平日）に、事業所に支給します。 ・任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。 ・本人死亡の場合は請求者の口座を記載願います。						
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/						

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

注) 任意継続被保険者は、事業主の証明は不要です。直接健保組合にご提出ください。