

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

豊田通商健康保険組合 宛

埋葬料（費） 請求書

健康保険組合 使用欄	受付日	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	担当

申請日		2024 年 4 月 1 日		
電話番号		〇〇〇-△△△-××××		
保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	
記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	
1234	5678			
生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 年 6 月 1 日		
死亡された方	氏名	健保 太郎	被保険者から みた続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()
	死亡日	2024 年 3 月 5 日	死亡原因 (病名)	がん
	埋葬日	2024 年 3 月 7 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>※はいの場合は健保までご連絡ください。</small>		
請求者	氏名	健保 花子	死亡者からみた 続柄	妻
	住所	〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××		
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 番号 (〇〇〇) △△△△ - ×××× ←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
	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <h2 style="color: red; margin: 0;">事業所にて証明</h2> </div>				
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。