

健保処理欄	支払年月日		常務理事	事務長	GL	係
	支給額	健保使用欄 円				
	取得	年 月 日	喪失	年 月 日		

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

 被保険者
 被扶養者

埋葬料(費)請求書

被保険者（請求者）が記入する欄	事業所名	被保険者証 記号・番号		被保険者（請求者）氏名		
	〇〇〇〇株式会社	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		健保 組子		
	連絡先	郵便番号	都道府県	被保険者が亡くなった場合は、請求者の氏名と連絡先を記入		
		〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇	府県			
		〇〇-〇	電	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	死亡された方	氏名	被保険者との続柄	生年月日	年齢	
	健保 太郎	本人	昭・平 48年 4月 1日	63 歳		
	死亡年月日	平成 28年 5月 21日	第三者行為	はい・いいえ		
	埋葬年月日	平成 28年 5月 23日	葬儀に要した費用	2,500,000 円		
	死亡原因(病名)	△△△				

事業主が証明する欄	死亡した方	死亡者氏名	死亡年月日	平成 年 月 日
	被保険者・被扶養者			
上記の通り相違ない事を証明します。				
平成 年 月 会社記入欄				
所在地 事業所 名称 事業主名				

委任状	私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。
	平成 28年 7月 20日 被保険者(請求者)氏名 健保 組子
	受任者 所在地 事業所 名称 受任者名 会社記入欄

添付書類	被保険者の死亡	〔被扶養者が請求する場合：埋葬料〕 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡診断書または死体検案書(写) <input type="checkbox"/> 死亡診断書または死体検案書(写) <input type="checkbox"/> 埋葬費 <input type="checkbox"/> 葬儀費用の領収書(写) <input type="checkbox"/> 葬儀費用の明細書(写)	<input type="checkbox"/> 被保険者の住民票(除票)(原本) <input type="checkbox"/> 請求者の住民票(原本) <input type="checkbox"/> 葬儀費用の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 葬儀費用の明細書(原本)
	被扶養者の死亡	<input type="checkbox"/> 死亡診断書または死体検案書(写) <input type="checkbox"/> 埋葬費 <input type="checkbox"/> 葬儀費用の領収書(写) <input type="checkbox"/> 葬儀費用の明細書(写)	<input type="checkbox"/> 被保険者の住民票(除票)(原本) <input type="checkbox"/> 請求者の住民票(原本) <input type="checkbox"/> 葬儀費用の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 葬儀費用の明細書(原本)
書類添付後、 ✓マークを記入			
【提出の流れ】 本人 → 会社 → (個人番号:任意記入)		備考	