

申請者 ⇒ 事業主・事業所担当者 ⇒ トヨタ紡織健康保険組合 行

| | | | | | | |
|---------|----------|----------------|------|-----|----|----|
| 健保組合使用欄 | 支払年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係員 |
| | 被保険者資格取得 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | |
| | 被扶養者資格取得 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 備考 | | | |
| | 被扶養者資格喪失 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 支給額 | 円 | | | | |

被扶養者(家族) 埋葬料支給申請書

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上申請下さい

| | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|--|----------------------|-----------|------|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証(従業員) | 記号-番号 | フリガナ | 事業所名 | | |
| | | | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 連絡先□ | 内線 - | 外線() - | | | |
| | 部署名 | | | | | |
| | フリガナ | | 生 年 月 日 | 申請者からみた続柄 | | |
| | 死亡者 | | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | | |
| | 死亡年月日 | 令和 年 月 日 | 死亡の原因 又は病名 | | | |
| | 埋葬年月日(葬儀日) | 令和 年 月 日 | 埋葬に要した費用(葬儀代) | 円 | | |
| | 給付金振込先 | 1. 給付金の受領を委任するとき 私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 (委任者) 令和 年 月 日 被保険者氏名(本人自署) 私は上記給付金の受領を左記の者より受任しました。 (受任者) | | | | |
| | 2. 振込先を指定するとき | | | | | |
| | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | フリガナ | |
| | | | 普通・当座 | | 口座名義 | |

| | | | |
|--------|---------------|-------|----------|
| 事業所証明欄 | 死亡者 | 死亡年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 上記の通り相違ありません。 | | |
| | 住所 | | |
| | 名称 | | |
| | 代表者 | | |

※ 添付書類 市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検死調書のいずれかの写し

※ 提出経路:被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート(株) 略称:TPSC 国内給与部)→健保組合 (任意継続の方は健康保険組合までご連絡下さい)

※ 問い合わせ先:トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566)26-0305 内線 811-3053

個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません

| | | | | | | |
|-------------|-------|-------------------|------|-----|----|----|
| 健保組合 使用欄 | 支払年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係員 |
| | 資格取得 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | |
| | 資格喪失 | 令和 年 月 日 | (備考) | | | |
| | 支給内訳 | 埋葬料(費) 円 | | | | |
| | | 埋葬料(費)付加金 円 | | | | |
| 支給額 | 円 | 入力No. | | | | |

被保険者(本人) 埋葬料(費)付加金 支給申請書

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上申請下さい

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------|-------------------|------------|--------------------------------------|------|
| 請 求 者 記 入 欄 | 被保険者証 (従業員) | 記号-番号 | フリガナ | 事業所名 | | |
| | | | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 部署名 | | | | | |
| | フリガナ | | | | 生 年 月 日 | 続柄 |
| | 死亡者 | | | | 昭 和 平 成 年 月 日 | 本人 |
| | 死亡年月日 | 令和 年 月 日 | 死亡の原因 又は病名 | | | |
| | 埋葬年月日 (葬儀日) | 令和 年 月 日 | 埋葬に要した費用 (葬儀代) | | 円 | |
| | フリガナ | | | 死亡者からみた続柄 | 亡くなられた方によって生計の全部 または一部を維持されていましたか | |
| | 申請者氏名 (喪主の方) | | | はい ・ いいえ | | |
| | 請求者の住所 | 〒 | | | | |
| | 連絡先口 | 電話() - | | 携帯() - | | |
| | 給付金 振込先 | 金融機関名 | | 本店・支店・出張所名 | | 預金種目 |
| 銀行・金庫 | | 本店・支店 | | 1. 普通 | | |
| 信組・農協 | | 出張所 | | 2. 当座 | | |
| 口座番号 | | フリガナ | | | | |
| | | | 口座名義人 氏 名 | | | |

| | | | |
|------------|-----------------|-------|----------|
| 事業所 証明欄 | 死亡者 | 死亡年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 上記の通り相違ありません。 | | 令和 年 月 日 |
| | 住所 名称 代表者 | | |

- ※ 添付書類 ①市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検死調書のいずれかの写し
 ②喪主名フルネーム記載の葬儀代領収書(原本)
 ③亡くなられた方との続柄を確認できる、戸籍謄本か戸籍抄本

※任意継続の方は健康保険組合までご連絡下さい

※ 問い合わせ先:トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ Tel. (0566)26-0305 内線 811-3053

個人情報保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。