※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

送付先	TOTO社員	社内便の場合	ＴＯＴＯ株式会社　本社　ＴＯＴＯ健康保険組合　宛
		郵送の場合	〒８０２－８６０１　福岡県北九州市小倉北区中島２－１－１　ＴＯＴＯ健康保険組合　宛
	グループ会社社員		各グループ会社 人事担当課
問合せ先	TOTO健康保険組合		(内線)７－１１－２１８２／(外線)０９３－９５１－２１８２

健康保険　埋葬料（費）支給申請書

申請者が記入する欄

保険証の記号・番号	記号		番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
申請者の	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		被保険者との続柄	☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族) ☐ その他 (　　)
				連絡先	－　　－
	住所	〒　　－　　※被保険者が死亡の場合は、申請者の住所を記入する			
死亡者の氏名		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	死亡日	令　　年　　月　　日	死亡の原因
死亡した直接の原因が負傷の場合(該当する場合のみ☑)		☐ 第三者行為によるものか（交通事故・けんか等） ☐ 交通事故の負傷によるものか ☐ 勤務中・通勤途中の負傷によるものか	➡ 第三者行為によるものである場合、相手方の氏名・住所		☐ 不明
			<氏名>		
			<住所>	〒　　－	
振込先指定口座(被保険者死亡の場合のみ)	銀行名		☐ 銀行 ☐ 農協	☐ 労働金庫 ☐ 信用組合 ☐ 信用金庫	支店名
	種別	普通	口座番号		口座名義人	※カタカナ記入

事由		請求者	添付資料		
被保険者死亡	埋葬料	☐ 被扶養者	－	【共通】	☐ ・死亡診断書 ・埋葬許可証 ・火葬許可証 いずれかの写し
		☐ 被保険者に生計維持されていた同居の親族	☐ 被保険者と請求者の続柄を示す書類の写し（戸籍謄(妙)本、住民票等）		
		☐ 被保険者に生計維持されていた別居の親族	☐ 生計維持関係が証明できる書類の写し		☐ 振込先指定口座の写し ※下記5点が確認できるもの ①銀行名 ②支店名 ③預金の種別 ④口座番号 ⑤口座名義人
	埋葬費	☐ 被保険者に生計維持されていない親族等	☐ 請求者のフルネームが記載された埋葬費用の領収書および明細書(原本)		
被扶養者死亡	家族埋葬料	☐ 被保険者	☐ 死亡診断書・埋葬許可証・火葬許可証のいずれかの写し		

◆次に該当する被保険者が死亡した場合のみ、現在加入の健康保険組合の名称等を下記にご記入ください。

・今回の死亡が当健保組合資格喪失後3ヶ月以内の場合
・今回の死亡が当健保組合より傷病手当金・出産手当金を受給中もしくは受給終了後3ヶ月以内である場合

健康保険名称		連絡先	－　　－	記号		番号	
同一の死亡について上記の健康保険より埋葬料（費）を				☐ 受けない ☐ 受けた／受ける予定			

事業主証明欄

死亡者の氏名		対象	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡日	令　　年　　月　　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　　年　　月　　日

事業主　所在地　：
　　名称　：
　　氏名　：

«健保使用欄»
受付日

対象者	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	不足書類	☐ 死亡診断書・埋葬許可書・火葬許可書(写) ☐ 続柄確認書類(写) ☐ 生計維持確認書類(写) ☐ 領収書および明細書(原本)	支給額	☐ 50,000　☐ ，

(R6.9 改)