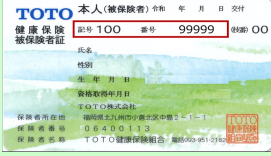


記入見本 埋葬料（費）支給申請書

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 被保険者が亡くなった場合は、請求される方の氏名等をご記入ください。

3 死亡診断書等の記載内容をご記入ください。

4 被保険者が亡くなった場合のみ、請求者名義の口座をご記入ください。

5 該当する事由の請求者にを行い、添付資料をご準備ください。
当申請書を送付される前に、添付資料にモレがないかご確認の上、を行ってください。

6 お亡くなりになられた被保険者の方が条件に該当する場合のみ、健康保険の名称等をご記入ください。
※同一死亡に対して、他の健康保険より埋葬料（費）の支給を受けた（受ける予定）の場合は、TOTO健康保険組合からの支給を受けることはできません。

7 被保険者がグループ会社社員（記号：100、105以外）の場合は、事業主より証明を受けてください。
被保険者がTOTO社員（記号：100）および任意継続被保険者（記号105）の場合は、事業主証明欄は無記入の状態でTOTO健康保険組合に直接送付ください。

※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	社内便の場合	TOTO株式会社 本社	TOTO健康保険組合 宛
社員	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
先	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

保険証の記号・番号	記号 100 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	被保険者氏名	トウトウ タロウ 東陶 太郎
申請者の氏名	トウトウ ハナコ 東陶 花子	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族) <input type="checkbox"/> その他
申請者の住所	〒100-XXXX ※被保険者が死亡した場合、申請者の住所を記入する 東京都千代田区〇〇1-1-1		
死亡者の氏名	トウトウ タロウ 東陶 太郎	死亡日	4年7月1日
死亡の原因	心筋梗塞		
死亡した直接の原因が	<input type="checkbox"/> 交通事故・けんか等 <input type="checkbox"/> 交通事故の負傷によるものか <input type="checkbox"/> 勤務中・通勤途中の負傷によるものか		
振込先指定口座	銀行名 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	支店名	XX支店
請求者の氏名	トウトウ ハナコ	口座名義人	トウトウ ハナコ
事由	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 被保険者に生計維持されていた同居の親族 <input type="checkbox"/> 被保険者に生計維持されていた別居の親族 <input type="checkbox"/> 被保険者に生計維持されていない親族等 <input type="checkbox"/> 家族埋葬料 <input type="checkbox"/> 被保険者		
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡診断書・埋葬許可証・火葬許可証のいずれかの写し <input type="checkbox"/> 死亡診断書・埋葬許可証・火葬許可証のいずれかの写し <input type="checkbox"/> 請求者の続柄を示す書類の写し(戸籍謄本、戸籍抄本、住民票等) <input type="checkbox"/> 埋葬許可証・火葬許可証のいずれかの写し <input type="checkbox"/> 関係が証明できる書類の写し <input type="checkbox"/> 死亡診断書・埋葬許可証・火葬許可証のいずれかの写し <input type="checkbox"/> 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)		
健康保険名称	同一の死亡について上記の健康保険より埋葬料（費）を <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定		

死亡者の氏名	対象	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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。 所在地： 事業主 名称： 氏名：				

対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	支給額	<input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/>
-----	--	-----	---

【埋葬料（費）】

亡くなった方	支給対象となる方	支給額	振込先
被保険者	①：被扶養者の方または、被保険者より生計を維持されていた方	埋葬料 5万円	埋葬料（費） 支給申請書に記載の 振込先指定口座
	②：①の対象者がいない場合は、親族等の実際に埋葬を行った方	埋葬費 5万円の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額※	
被扶養者	被保険者	家族埋葬料 5万円	被保険者の給与口座

※葬儀一式料のほか、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼などの実費額です。

「時効」：（家族）埋葬料→死亡日の翌日から2年
埋葬費→埋葬日の翌日から2年

