

埋葬料(費)請求書

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被保険者(請求者)欄	記号・番号	記号	番号	被保険者氏名							
	被保険者会社名				被保険者所属						
	死亡された方の氏名				被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()					
	死亡日	年 月 日			埋葬日(葬儀日)	年 月 日					
	死亡の原因または病名				業務上や交通事故やケンカなどによるものですか	<input type="checkbox"/> はい⇒ <small>申請前に健保組合までお問い合わせください</small> <input type="checkbox"/> いいえ					
	被保険者が死亡された場合は、下記もご記入ください										
	請求者氏名	フリガナ			被保険者からみた続柄						
	請求者連絡先住所電話番号	〒 - 都道府県			自宅TEL () -	携帯TEL () -					
	☆振込先は被保険者死亡による請求や会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。										
	振込先金融機関	銀行	信用金庫	農協	本店	支店	出張所	預金種目	普通	口座番号	
銀行コード				支店コード							
口座名義(被保険者名義)				カタカナで記入				ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください			
(被保険者死亡の場合は請求者名義)											

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。										
	年 月 日										
	所在地										
事業所名称											
代表者氏名											
(織機の各工場は総務部GM以上)											

☆添付書類

被保険者(本人)死亡の場合		
死亡者	請求者	添付書類
在職者	死亡された方と親族	当健康保険加入の被扶養者 当健康保険加入の被扶養者ではない
	死亡された方と親族ではない(友人等)	なし 葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 死亡者と請求者の関係を証明する公的な書類(写し) 葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 請求者の身元証明書(コピー)
退職者・任意継続被保険者	死亡された方と親族	当健康保険加入の被扶養者 当健康保険加入の被扶養者ではない
	死亡された方と親族ではない(友人等)	死亡診断書(コピー) 死亡診断書(コピー) 葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 死亡者と請求者の関係を証明する公的な書類(写し) 死亡診断書(コピー) 葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 請求者の身元証明書(コピー)

被扶養者(家族)死亡の場合	
死亡者	添付書類
在職者の被扶養者	なし
任意継続被保険者の被扶養者	死亡診断書(コピー)

健保記入欄	決定事項	支給・不支給(理由)			対象者	被保険者・被扶養者 資格喪失日(対象者のみ) 年 月 日
	種別	埋葬料・埋葬費・家族埋葬料				
	支給額	50,000円				
	決裁	常務理事	事務長	GM	担当	

健保受付印

(R7.12.2改訂)

《埋葬料(費) 説明と注意事項》

★ボールペンで丁寧にはっきりと記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。

1.対象

- ・被保険者または被扶養者が死亡したとき
- ・被保険者であった方が死亡したとき
 - ・被保険者が資格喪失後、3ヶ月以内に死亡したとき
 - ・被保険者が継続給付を受けている間に死亡したとき
 - ・被保険者が継続給付を受けなくなった日から、3ヶ月以内に死亡したとき

2.支給額

- ・一律5万円です。
- ただし、死亡された方と請求者との生計維持関係がなかった場合は埋葬料の範囲内での実費となります。

3.請求者

- ・被保険者が死亡したときは、その被扶養者または実際に埋葬を行った方となります。
- ・被扶養者が死亡したときは、その被保険者となります。

4.添付書類

被保険者(本人)死亡の場合

死亡者	請求者	添付書類
在職者	死亡された方と親族 当健康保険加入の被扶養者	なし
	死亡された方と親族ではない(友人等) 当健康保険加入の被扶養者ではない	葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 死亡者と請求者の関係を証明する公的な書類(写し)
退職者 ・ 任意継続被保険者	死亡された方と親族 当健康保険加入の被扶養者	葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 請求者の身元証明書(コピー)
	死亡された方と親族ではない(友人等) 当健康保険加入の被扶養者ではない	死亡診断書(コピー)
	死亡された方と親族ではない(友人等)	死亡診断書(コピー) 葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 死亡者と請求者の関係を証明する公的な書類(写し)
死亡された方と親族ではない(友人等)	死亡診断書(コピー) 葬儀の領収明細書(原本) ※死亡者名、葬儀を行った方の名の記載のあるもの 請求者の身元証明書(コピー)	

被扶養者(家族)死亡の場合

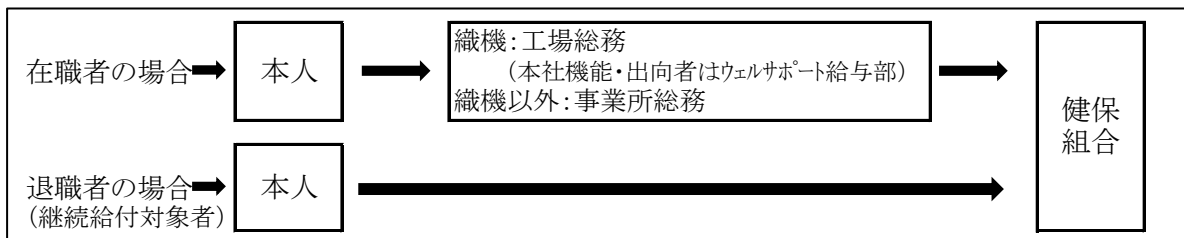
死亡者	添付書類
在職者の被扶養者	なし
任意継続被保険者の被扶養者	死亡診断書(コピー)

5.締切日と支給日

締切日: **毎月20日(20日が土日の場合はその前日)**

支給日: 20日までに健保組合に届いた分について**翌月給与支給日等**に事業所経由で振り込まれます。
書類の不備や内容の調査によって支給が遅れる場合があります。ご了承ください。

6.提出ルート



7.個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。
詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
		豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
		外線 0566-21-7784
		内線 70-4611
		音声ガイダンス②