

給付支給決定伺							
支給金額	家族埋葬料	*	円	支給決定	* 令和 年 月 日		
	同付加金	*	円	常務理事	事務長	係	台帳記入
	計	*	円				

家族埋葬料 支給請求書

同付加金

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

下記により「家族埋葬料」および「同付加金」を請求します。

令和 年 月 日 提出

① 被保険者証 記号・番号		② 被保険者 の氏名・ 生年月日 (昭和・平成 年 月 日生)	③
④ 被保険者 の住所と 電話番号	〒 () TEL ()	⑤ 事業所 の名称	⑥
⑥ 死亡した 被扶養者 の氏名		⑦ 死亡した 被扶養者 の生年月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
⑧ 被保険者と 死亡した被 扶養者との 続柄		⑨ 死亡した 年月日	令和 年 月 日
⑩ 死亡の原因		⑪ 備考	

⑫ 振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名
銀行	普通		(カ)
信託銀行			
信用金庫	当座		
その他			

事業主 証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所名称・所在地
	事業主氏名

(* 枠内は組合記入欄です。)