

| 給付支給決定伺 | | | | | | | |
|---------|-------|---|---|------|------------|---|------|
| 支給金額 | 家族埋葬料 | * | 円 | 支給決定 | * 平成 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 同付加金 支給請求書

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。

平成 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 日生 |
| 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 | 平成 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 信託銀行 信用金庫 その他 | 普通 当座 | | (カ) |

| | |
|--------------|---|
| ⑬ 事業主 証明欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 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。)