

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 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。

令和 1 年 5 月 15 日提出

① 被保険者証 記号・番号	23	1234	② 被保険者 の氏名・ 生年月日	ご本人の名前と生年月日 (昭和・平成 年 月 日生)	③
④ 被保険者 の住所と 電話番号	〒 () TEL () - ご本人の住所と電話番号			⑤ 事業所 の名称	ご本人の会社名
⑥ 死亡した 被扶養者 の氏名	亡くなった方の名前		⑦ 死亡した 被扶養者 の生年月 日	亡くなった方の生年月日	
⑧ 被保険者と 死亡した被 扶養者との 続柄	続柄		⑨ 死亡した 年月日	亡くなった日	
⑩ 死亡の原因	亡くなった原因		⑪ 備考		

⑫ 振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名
トヨタ 銀行 南 支店	普通 当座	3451234	(カ) ご本人の名前

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。 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。)