

支給決定 伺	常務理事		事務長		係	
	死亡年月日	年 月 日			支給金額	円
	資格関係	年 月 日取得 年 月 日喪失			備考	
	標準報酬	級	月	額	円	

受付日付印

被 保 険 者 族 埋 葬 料 ( 費 ) 請 求 書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	—	標準報酬等級	級	事業所 の名称	
	死亡した被保 険者の氏名			死亡した被保険者 生年月日	年 月 日生	
	被扶養者が死亡の 時はその者の氏名			死亡した被扶養者 生年月日	年 月 日生	被保険者 との続柄
	死亡の年月日	年 月 日		死亡の原因		
	埋葬を行った年月日	年 月 日		埋葬に要した費用	金	円
	被保険者が死亡した為の請 求の場合は、その方の氏名				請求者と被保 険者の続柄	
	請求者が被保険者以外の時の振込先			銀行	支店	口座番号
	死亡が第三者による場合、 その事情と第三者の氏名・住所 (不祥の場合、その旨を記入)					
	上記によって請求します。					
					被保険者(請求者)の住所	
				TEL ( )		
従業員NO. _____				氏名 _____		印
TOYO TIRE健康保険組合 殿						

・請求者が被保険者でない場合は、必ず振込先の金融機関を記入して下さい。

事 業 主 証 明	死亡に関する 事業主の証明	上記の者 平成 年 月 日 死亡したことを証明します	事業主 の住所 名称 氏名	印
	被扶養に関する 事業主の証明	は被保険者の 被扶養者であったことを証明します		

委 任 状

上記の埋葬料(費)の受領を \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日 \_\_\_\_\_ 被保険者(請求者)氏名 \_\_\_\_\_ 印