

埋葬料（費）支給申請書

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

[illegible]

事業主 証明欄	上記対象者は	担当人事・部総括担当者	健保処理欄						
	令和 年 月 日	⑩ 電話番号	死亡年月日						
	に死亡しました。		病類コード						
	上記とおり相違ないことを証明する。		埋葬費用	円					
	所在地		決定額	円					
	事業所名								