

葬祭費支給申請書

支部名	(所属群市区の名称)	被保険者証の 記号番号	(記号番号) (枝番)
組合員氏名	(組合員氏名)	診療所名	(死亡した者の世帯が 属する診療所名)
死亡被保険者 氏名	(死亡した被保険者の氏名)	死亡被保険者 の生年月日	昭和 (死亡した被保険者の生年月日) 平成 年 月 日 令和
死亡の原因	(傷病名) 病 気 (死亡の原因) 事 故 ※原因が交通事故等の その他 ※原因が交通事故等の ときは別の届が必要	死亡年月日	(亡くなった日にち) 令和 年 月 日
死亡被保険者と 組合員の続柄	(組合員からみた続柄)	葬祭執行 年 月 日	(葬祭を行った日にち) 令和 年 月 日
葬祭執行者と 組合員との続柄	(組合員からみた続柄)	支給決定額 ※組合で記入	※空欄でご提出ください 円

上記のとおり葬祭に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。

(記入日・申請日)
令和 年 月 日

申請者 (葬祭を行った者) 住所 _____

氏名 _____ (葬祭を行った者の住所・氏名、押印) 国保印

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

申請者 (葬祭を行った者) の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人 (申請書) 氏名
※葬祭を行った者の金融機関口座を記入してください				
信用金庫	()			

(添付書類等)

- 〈添付書類〉
- ・死亡診断書のコピー、又は埋(火)葬許可証のコピー
 - ・葬祭執行者が被保険者以外の場合は、葬祭を行ったことがわかるもの(会葬礼状、領収書のコピーなど)
 - ・死亡被保険者の「資格喪失届」と「被保険者証」