

葬祭費支給申請書

支部名		被保険者証の 記号番号	
組合員氏名		診療所名	
死亡被保険者 氏 名		死亡被保険者 の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
死亡の原因	(傷病名) 病 気 事 故 その他	死亡年月日	令和 年 月 日
死亡被保険者と 組合員の続柄		葬祭執行 年 月 日	令和 年 月 日
葬祭執行者と 組合員との続柄		支給決定額 ※組合で記入	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。

令和 年 月 日

申 請 者
(葬祭を行った者)

住 所 _____

氏 名 _____ (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
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)

〈添付書類等〉

- この申請書には、死亡診断書のコピー、又は埋(火)葬許可証のコピーのほか、資格喪失届と被保険者証を添付すること。

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係