

葬祭を執り行う方が申請してください。

青文字の部分をご記入、捺印ください。  
A4サイズ用の紙で印刷してください。

死亡した被保険者の  
被保険者証記号番号

### 葬 祭 費 支 給 申 請 書

死亡した被保険者の区分

被保険者証の記号番号	9 9 9 9 9 9 0 0 0	区分	本人・ <u>家族</u>
組合員の氏名	歯科医師 太郎	死亡した被保険者の氏名	歯科医師 トメ
員との続柄	母	死亡年月日	令和 元年 6月 1日
死亡の原因	心筋梗塞	/	
葬祭執行年月日	令和 元年 6月 2日	葬祭を行う場所	〇〇〇斎場
受取方法	△△△ 信用金庫	支店	口座番号
	フリガナ	普通・当座	× × × × × × × ×
	口座名義	シカイシ タロウ	
		歯科医師 太郎	

の一番下の「続柄の書き方」  
①をご覧ください

預金種別に〇をつけてください。

ご希望の振込金融機関をご記入ください。

上に関する証拠書類を

左詰でご記入ください。

令和 元年 6月 30日

〒810-XXXX  
組合員住所 XXX市XXX〇丁目〇番〇号  
XXXXXXXXXX号

氏名 歯科医師 太郎

申請者と死亡した被保険者の続柄(子)

福岡県歯科医師会

一番下の「続柄の書き方」の  
②をご覧ください

#### ※添付書類

医師の死亡診断書のコピー又は死体埋火葬許可証のコピー

#### 続柄の書き方

- ①組合員である歯科医師 太郎さんからみて、  
死亡した歯科医師 トメさんとの関係
- ②死亡した歯科医師 トメさんからみて、  
申請者である歯科医師 太郎さんとの関係