

支給決定	金額							認 印				
	年月日							理事長	常務理事	事務長	課長	係

<b>葬 祭 費 支 給 申 請 書</b>												
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号										区 分	本 人 ・ 家 族	
組 合 員 の 氏 名								死 亡 し た 被 保 険 者 の 氏 名				
組 合 員 と の 続 柄								死 亡 年 月 日			令 和 年 月 日	
死 亡 の 原 因								/				
葬 祭 執 行 年 月 日	令 和 年 月 日			葬 祭 を 行 う 場 所								
受 取 方 法	銀 行 信 用 金 庫			店			口 座 番 号					
	フ リ ガ ナ			普 通 ・ 当 座								
	口 座 名 義											
<p>上記のとおり死亡に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日 ー</p> <p>組合員住所</p> <p>氏名 印</p> <p>申請者と死亡した被保険者の続柄( )</p> <p>福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>												

「注」 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を添付してください。  
葬祭を執り行う方が申請を行ってください。