

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

葬 祭 費 支 給 申 請 書【HP/R7.7】																										
被 保 険 者 号 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											
													普 通 ・ 当 座													
	フリガナ																									
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</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>組合員住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">申請者と死亡した被保険者の続柄()</p> <p style="text-align: center;">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。