

支給金額	円
------	---

決定伺	常務理事	事務局長	係
-----	------	------	---

*印の欄をすべてご記入ください

葬祭費支給申請書

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

現保険者等の記号・番号	岡303	—	—	()
-------------	------	---	---	-----

死亡した被保険者氏名*	フリガナ		
生 年 月 日*	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月 日
死 亡 年 月 日*	令和	年	月 日
死 亡 の 場 所*	1. 自宅 2. 病院 3. その他()		
死 亡 の 原 因*	1. 病気 2. その他()		
葬 祭 年 月 日*	令和	年	月 日
申 請 金 額*	円	組 合 員 100,000 円	家 族 70,000 円

申 請 者 住 所*	〒 —		
申 請 者 氏 名*	フリガナ		
死 亡 者 と の 関 係*	1. 夫 2. 妻 3. 子 4. その他()		
電 話 番 号*	— —		

※平日の9時～17時に連絡がとれる番号をご記入ください

※申請には以下のいずれかの書類の添付が必要です。(チェックを入れてください)

- * 会葬礼状 埋火葬許可証の写しまたは葬儀に要した費用が記載されている領収書の写し

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

(右詰めで記入)

* 銀行 店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 農業協同組合 支所	* 預金種目 1. 普通 2. 当座	口座番号*								
		フリガナ*								
		名義人*								

※振込口座はお間違えのないようご記入ください。

振込年 日 日
