

※ 決 裁	事務長	係	※支給決定額
			¥
			組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>



葬祭費支給申請書

※地区

死亡者 被保険者証		記号			番号						-	
申請人記入欄	死亡者	フリガナ				年齢	生年月日					
		氏名				歳	昭和 <input type="checkbox"/>	年 月 日				
	種別	第1種 <input type="checkbox"/>	第2種 <input type="checkbox"/>	第3種 <input type="checkbox"/>	第4種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>	申請人との続柄			
	死亡月日	平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日 令和 <input type="checkbox"/>										
	死亡場所											
葬祭執行年月日	平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日 令和 <input type="checkbox"/>											
葬祭費振込先	金融機関	銀行		支店番号		支店名						
	種類	信用金庫		※7桁未満は前に0を記載してください。								
	名義	フリガナ										
上記のとおり申請します。												
令和 年 月 日		申請人	自宅住所	〒								
			連絡先電話番号	()								
			氏名	平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。								
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様												

■ この届けは、被保険者が死亡したときに葬祭費の支給申請をするものです。

■ この申請書には「資格喪失関係書類」と併せて提出してください。

※第1種・第2種・第3種・第5種世帯の喪失は「資格喪失届A」、第4種世帯の喪失は「資格喪失届B」

※喪失時に必要な提出書類(被保険者証・高齢受給者証等)は資格喪失届裏面(又は2枚目)を参照

■ 葬祭費支給申請の際に次の①～③のいずれか1つを添付してください。

- ①会葬礼状
- ②埋火葬許可証の写し
- ③葬祭に要した領収書の写し

■ 申請人について

※死亡者の家族・親族等で当組合へ加入している方

※死亡者の家族・親族等が当組合へ加入していない場合は、葬祭を執行した方