

※ 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	平成 <input type="checkbox"/>	
	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 年 月 日										
	死亡場所											
葬祭執行年月日	平成 年 月 日											

葬祭費振込先	金融機関	銀行		支店番号	支店名
		信用金庫			
	種類	普通・当座・貯蓄		口座番号	
名義	フリガナ				

上記のとおり申請します。

平成 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。	

(印)

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、その他証明書類)は資格喪失届裏面(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