

葬 祭 費 支 給 申 請 書

死亡者関連事項		個人 番号																		
被保険者証 記号・番号	31 -	死 亡 者 氏 名																	組 合 員 家 族 従 業 員	
生 年 日 月 日	昭 和 平 成 年 月 日	死 場 亡 所																		
死 亡 日 年 月 日	令 和 年 月 日	死 原 亡 因																		
葬祭の執行 年 月 日	令 和 年 月 日	申請人との 続 柄																		

死亡診断書 会葬御礼のハガキ
または 及び または を添付し、上記の通り申請いたします
埋葬許可証の写し 領収書の写し

令和 年 月 日
〒 -

申請人住所

電話 () -

氏名

印

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

金 額	十	万	千	百	十	一	円
			0	0	0	0	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 番号 ()	支店 本店 出張所 番号 ()	預金種目 (フリガナ)	1. 普通 2. 当座 3. その他	口座番号														
	番号 ()	番号 ()	口座名義人																

振込先は葬祭執行者のお名前にして下さる様お願いいたします

決 裁	常務理事	事務長	次 長	課 長	係長・主任	係	受 付
令和 年 月 日 決定							