

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	平 成 年 月 日	死 原 亡 因																		
葬祭の執行 年 月 日	平 成 年 月 日	申 請 人 と の 続 柄																		
<p>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</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 〒 -</p> <p>申請人住所</p> <p style="text-align: center;">電話 () -</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>																				

金 額	十	万	千	百	十	一	円
			0	0	0	0	

振 込 先	銀行	支 店	預 金 種 目	1. 普 通	口 座 番 号															
	信用金庫	本 店	(フリガナ)	2. 当 座																
	信用組合	出張所	口座名義人	3. その他																
	農業協同組合																			
	番号 () 漁業協同組合	番号 ()																		

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
平成 年 月 日 決定							