

常務理事	事務長	次 長	係

支給決定額	円
-------	---

様式第17号

葬 祭 費 支 給 申 請 書										
被保険者証 記号番号		9								
死亡した 被保険者氏名							組合員との 続 柄			
生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	死亡の原因		原因： 第三者の行為によるものですか。 はい ・ いいえ			
死亡年月日	令和	年	月	日						
葬祭を行った 年 月 日	令和	年	月	日	葬祭を行った者 (喪主)の氏名					
添付書類 (1および2)	1	死亡診断書のコピー または 埋葬(火葬)許可証のコピー								
	2	葬祭に要した費用の領収書のコピー または 会葬御礼状のコピー (葬祭を行った方のフルネームが記載されているもの)								
葬 祭 費 支給申請額	金 円									
振 込 先 申 請 者 (葬祭を行った者) の 口 座	銀行名	銀 行 信 用 金 庫						支店		
	預金種目	普通預金 当座預金	口座番号							
	フリガナ 名 義									
<p>上記のとおり葬祭費を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>申 請 者 (葬祭を行った者) 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () ー</p> <p style="text-align: center;">死亡者との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">静岡県医師国民健康保険組合理事長 様</p>										

※ 75歳未満の被保険者が死亡したとき、正組合員200,000円・その他100,000円を支給する。