

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										
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：				
死亡年月日	令和	年	月	日		第三者の行為によるものですか。 はい ・ いいえ				
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 ・ 当座	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>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="padding-left: 100px;">氏 名 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号 (      )      ー</p> <p style="padding-left: 100px;">死亡者との続柄 (      )</p> <p><b>静岡県医師国民健康保険組合理事長 様</b></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。