

葬 祭 費 支 給 申 請 書

記号番号									
78									

死 亡 者 の 事 項	フリガナ				年 齢	死亡年月日	年	月	日	
	死亡者氏名				歳	平成				
医 師 の 証 明 欄	性 別	1. 男	2. 女	死亡者の資格	1. 事業主組合員 2. 従業員組合員 3. 家族					
	(傷病名及び原因)				第三者 行 為	1. 有 2. 無				
申 請 人	上記のとおり死亡の事実を証明します。									
	平成 年 月 日									
	医療機関名				印					
	所在地									
申 請 人	上記の証明又は医師の死亡診断書（証明）を添えて葬祭費を申請いたします。 下記の金融機関口座へお振り込みください。振込入金を以て受領と認めます。 「個人情報（含、特定個人情報）の取扱について」を確認し同意いたします。									
	平成 年 月 日				住 所					
					フリガナ					
					氏 名					
東京食品販売国民健康保険組合 殿				連絡先電話番号					-	-

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協							本店・支店
	銀行コード			支店コード					
	種 目	1. 普通	2. 当座	4. 貯蓄	口座番号				
	フリガナ								
	名 義 人								

※「ゆうちょ銀行」の口座への振込をご希望の方は、振込用の店名・口座番号をご記入ください。

支給決定額	円
支給決定年月日	平成 年 月 日

決 済 欄	所 長	課 長

処 理 欄	入 力	確 認	受 付 番 号		
			-		

扱 者	
-----	--



葬 祭 費 受 給 理 由 書

記号番号

7 8

貴組合被保険者
私が執行人となり平成 年 月 日葬祭を行いましたので葬祭費を申請いたします。

平成 年 月 日

申請人 住 所
氏 名 (印)
(死亡者との関係・続柄:)

東京食品販売国民健康保険組合 殿