

葬祭費支給申請書

※葬第 号

記入上の注意

- この申請書は、資格喪失届又は脱退届、被保険者証とともに提出して下さい。
- 太線の枠内の諸事項について全部記入し、必ず捺印して下さい。※のところは記入しないで下さい。
- 証明欄に医師の証明がもらえないときは、これに代わる証明、住民票（除票）または死亡診断書（コピー）を添付して下さい。
- 葬儀を執り行った方（喪主、葬祭費用を支弁した方など）の氏名が載せられた会葬御礼はがきも添付してください。
- 費用を弁償した方のフルネームが入った領収書のコピーも添付して下さい。
- 不明な点がありましたら組合 ○三（三八七四）七四一ーまでお問い合わせ下さい。

申請人が記入するところ	被保険者証	記号	番号	
	死亡年月日	平成 年 月 日死亡		
	死亡の場所			
	フリガナ		年齢	申請人との続柄
	死亡者氏名			申請人の
	死亡の原因			
	葬祭執行年月日	平成 年 月 日		
	指定振込口座	銀行 信用金庫 信用組合		支店 出張所
	口座番号	1. 普通(総合) 2. 当座	フリガナ	
			名義人	
上記のとおり申請いたします。				
平成 年 月 日				
住所 電話				
申請人 氏名 個人番号 (マイナンバー)				
東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿				

医師の証明	(死亡者の氏名)	殿 平成 年 月 日死亡したことを証明します。
	平成 年 月 日	
	住所	
	医師 氏名	印

※支給決定伺	支給額	円
--------	-----	---

※ 決 裁	
常務理事	事務局長
平成 年 月 日	

※ 処 理 欄		
被保険者 台帳照合	給付台帳	係 収 受

※支払日付印