

## 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 〇三（三八七四）七四一 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               | 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             | 年 月 日   |           |  |
| 指定振込口座              | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合  |         | 支店<br>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。      |                     |         |           |  |
|                     | 年                   | 月       | 日         |  |
|                     | 〒                   | 住所      | 電話        |  |
| 申請人                 | 氏名                  | 印       |           |  |
|                     | 個人番号<br>(マイナンバー12桁) |         |           |  |
| 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 | 年 | 月 | 日 | 死亡したことを証明します。 |
|       |          | 年 | 月 | 日 |   |               |
|       | 住所       |   |   |   |   |               |
|       | 医師<br>氏名 | 印 |   |   |   |               |

|        |     |   |
|--------|-----|---|
| ※支給決定伺 | 支給額 | 円 |
|--------|-----|---|

|          |      |
|----------|------|
| ※ 決 裁    |      |
| 常務理事     | 事務局長 |
|          |      |
| 令和 年 月 日 |      |

|              |      |       |
|--------------|------|-------|
| ※ 処 理 欄      |      |       |
| 被保険者<br>台帳照合 | 給付台帳 | 係 収 受 |
|              |      |       |

※支払日付印