

理事長	常務理事

受付日	
担当者	
支給額	□ □ □ □ □ □ □ □
支給日	

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証 記号-番号		群歯		-					
死亡者氏名				男 女	組合員 との続柄				
生年月日		昭和 平成		年	月	日	(歳)		
死亡した	年月日	平成	年	月	日	葬儀日	平成	年	月 日
	場所								
	原因								
葬祭費の 振込先 金融機関		銀行・信用金庫・信用組合						支店	
		普通・()		口座番号					
		名 義 人		(フリガナ)					
第三者の行為(交通事故等)によって死亡した場合は、その事実並びに第三者の住所・氏名・電話番号									
<p>上記のとおり支給申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員又は申請者 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">(TEL) (- -)</p> <p style="text-align: center;">群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>									

※この申請書には、必ず死亡診断書又は埋火葬許可証の写しを1部添付してください。