

決 済	常務理事	事務長	支部長

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者の記号番号		
死亡者 関 係 事 項	死亡年月日	令和 年 月 日
	死亡の場所	
	死亡者氏名	
	死亡の原因	
	葬祭執行年月日	令和 年 月 日
	組合員との続柄	

上記のとおり申請いたします
令和 年 月 日

組合員住所：

氏名： ㊟

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長殿

証 明 書

上記のとおり死亡の事実を証明します
令和 年 月 日

医師住所：
氏名： ㊟

※死亡診断書の写しを添付の場合は当欄の省略可

異動簿	台 帳	被保険者証	受 付 印	振込金融機関名
				銀行 支店（普・当）
				口座番号 _____
				フリ 名 _____ ガナ 義 _____

支部長の認印を受けてから送ってください

※ ご注意 この申請書に資格喪失届と被保険者証を添付してください