

支給日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係	支給金額	
				円	
葬祭費支給申請書					
被保険者証の記号番号			鹿歯・鹿歯従		
組合員本人の 住所・氏名			住所		
			氏名		
死亡した被保険者の氏名					
死亡年月日		年 月 日	埋火葬年月日		年 月 日
死亡の原因					
申請者が喪主以外で ある者の住所・氏名			住所		
			氏名		
振込先		銀行 金庫 店			
		1. 普通	口座番号 No.		
		2. その他 ()	(フリガナ) 口座名義		
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
(〒 -)					
組合員本人 住所					
氏名 ㊞					
(自宅電話番号 - -)					
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※本申請書には必ず死亡診断書または埋火葬認許証のコピーを添付して下さい。

※支給の事項は国民健康保険法により2年となります。