

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 店 金庫			
	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 (印)				
(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。