

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

被保険者記号・番号		鹿歯・鹿歯従		
組合員本人	住所			
	氏名			
死亡した被保険者	氏名		申請者との続柄	
死亡年月日	年 月 日	埋火葬年月日	年 月 日	
死亡の原因				
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。 ※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください

令和 年 月 日
(千 -)

申請者(喪主)住所
氏名 (印)
(電話番号※ - -)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

- ※ 申請にあたっては、下記の書類を添付してください。
 - ・死亡診断書のコピー
 - ・申請者が喪主であることを証する書類（葬儀費用の領収書、会葬礼状、埋火葬許可証のコピー等）
- ※ 死亡した被保険者が甲種組合員本人であり、資格喪失による保険料返金が生じる場合は、記入された振込先にお振り込みいたします。
- ※ 支給の時効は国民健康保険法により2年となります。