

理事長	常務理事	事務局長	担当者

支給 金額	
----------	--

葬 祭 費 支 給 申 請 書			
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	2 8 3 0 7 7		
死 亡 し た 被 保 険 者 の 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
死 亡 年 月 日	平成 年 月 日		
死亡の原因（傷病名）			
葬祭を行った年月日	平成 年 月 日		
郡、市、区支部長 ㊟			
<p style="text-align: center;">銀行・信金 支店、普、当 No. _____</p> <p>支給金の振込先 (フリガナ) 名 義</p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">(葬祭を行った者) 氏 名 ㊟</p>			
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿			

この申請書は死亡診断書（写）を添付して下さい。
書類は支部（地区医師会）へ提出して下さい。