

理事長	常務理事	事務局長	担当者

支給 金額	
----------	--

葬 祭 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 の 番 号	
死 亡 し た 組 合 員 の 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日
死 亡 の 原 因	

(銀行・信金・信組)	支 店
支給金の振込先	(普通・当座) 口座番号.....
	(フリガナ) 名 義

上記のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者 住 所 〒

氏 名



兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 傷病手当金の支給を受けた組合員には、葬祭一時金は給付いたしません。