

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	

支給金の振込先	(銀行・信金・信組) 支店 (普通・当座) 口座番号 _____ <small>(フリガナ)</small> 名 義
---------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者住所 〒

氏名

印

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。