

# 葬 祭 費 支 給 申 請 書

記号番号 7 8									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

死 亡 者 の 事 項	フリガナ				年 齢	死亡年月日	年	月	日
	死亡者氏名				歳	平成 令和			
	性 別	1. 男	2. 女	死亡者の資格	1. 事業主組合員 2. 従業員組合員 3. 家族				
医 師 の 証 明 欄	(傷病名及び原因)						第三者 行 為	1. 有 2. 無	
	上記のとおり死亡の事実を証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 名								
申 請 人	上記の証明又は医師の死亡診断書（証明）を添えて葬祭費を申請いたします。 下記の金融機関口座へお振り込みください。振込入金を以て受領と認めます。 「個人情報（含、特定個人情報）の取扱について」を確認し同意いたします。								
	令和 年 月 日	住 所							
		フリガナ							
		氏 名							
	東京食品販売国民健康保険組合 殿	連絡先電話番号			- -				

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協						本店・支店
	銀行コード				支店コード			
	種 目	1. 普通	2. 当座	4. 貯蓄	口座番号			
	フリガナ							
	名 義 人							

※「ゆうちょ銀行」の口座への振込をご希望の方は、振込用の店名・口座番号をご記入ください。

支給決定額	円
支給決定年月日	令和 年 月 日

決 済 欄	所 長	課 長

処 理 欄	入 力	確 認	受 付 番 号
			-

扱 者	
-----	--



# 葬祭費受給理由書

記号番号

78

貴組合被保険者  
私が執行人となり平成・令和 年 月 日葬祭を行いましたので葬祭費を申請いたします。

が別紙「葬祭費支給申請書」に記載のとおり死亡し、

令和 年 月 日

申請人 住所  
氏名

印

(死亡者との関係・続柄: )

東京食品販売国民健康保険組合 殿