

決 裁 年 月 日		年 月 日			
理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事		事 務 長	課 長

支給額	円
-----	---

葬 祭 費 支 給 申 請 書			
被保険者証の記号番号		組合員との続柄	
死 亡 者 関 係 事 項	死 亡 年 月 日	平成	年 月 日
	死 亡 の 場 所		
	死 亡 者 氏 名		
	死 亡 の 原 因		
	葬 祭 年 月 日	平成	年 月 日

上記のとおり申請いたします。	
平成 年 月 日	
葬祭を行う者の住所	
氏 名	⑩
三重県歯科医師国民健康保険組合 殿	

証 明 欄	
上記のとおり死亡の事実を証明します。	
平成 年 月 日	
医師 住 所	
氏 名	⑩

送 金 先	振 込 銀 行	銀行	支店
	普 通 預 金 口 座		番
	(フ リ ガ ナ)		
	口 座 名 義		