

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

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	令 和 年 月 日	
	死 亡 の 場 所		
	死 亡 者 氏 名		
	死 亡 の 原 因		
	葬 祭 年 月 日	令 和 年 月 日	

上記のとおり申請します。

令 和 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理事長 様

証 明 欄

上記のとおり死亡の事実を証明します。

令 和 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		