

支給金額	円
------	---

決	理事長	常務理事	事務局長	係
定				
伺				

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記号番号	岡 3 0 3 -		
被保険者 (死亡者) 氏 名	フリガナ	年齢	
		申請人との 続柄	
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の場所	
死亡の原因		葬祭年月日	令和 年 月 日
申請金額	円	備考	

(組合員100,000円, 家族70,000円)

※ 申請には「会葬礼状、埋火葬許可証または葬儀を行った領収書の写し」を添付してください。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

〒

世帯主 (組合員) 住所

(本人死亡の場合は申請者)

氏 名

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。(死亡された方の口座は振込みできません。)

公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

振込口座を指定する

銀 行

信用金庫

農 協

店
支店

出張所

支所

預
金
種
目

1. 普通 口座番号

2. 当座 フリガナ

3. 名義人