

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和 年 月 日			

処理欄	受付印	支給額	加算金	給付記録	電算入力
		円			
	支給年月日	有・無			
	年 月 日				

国民健康保険葬祭費支給申請書

(注意事項)

○振込先は葬祭を行った方の口座をご指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号		番号				組合員名 組氏	
	福医							
個人番号							死亡した 被保険者氏名	
死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡した 被保険者 との柄	死亡申請 し者		
葬祭した年月日	令和	年	月	日	死亡原因			
※振込先	銀行名		支店名		預金種別	口座番号		口座名義
	銀行 信用金庫		本店 支店		① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄			フリガナ

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 [] [] [] - [] [] [] TEL () -

住所

申請者
(葬祭を行った者)

氏名

印

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

(※自署の場合は押印不要。自署以外の場合、記名押印)