

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記号番号	料	-	死亡被保険者氏名
死亡被保険者 生年月日	年	月	日
死亡年月日	年	月	日
葬祭執行年月日	年	月	日
業務上・第三者行為の有無	業務上(有・無)	備 考	
	第三者行為(有・無)		
死亡に関する証明	被保険者は 年 月 日に 死亡したことを証明する。		
	医療機関等の所在地	_____	
	医療機関等の名称	_____	
	医師又は助産師の氏名	(印)	
	電話番号	_____	
・上記のとおり、葬祭を行ったので必要書類を添えて申請します。 京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様 年 月 日 死亡者との関係(続柄) _____ 〒 _____ 申請者 住所 _____ 氏名 _____ (印)			

- 注 1.「国保組合記入欄」は記入しないでください。
- 2.申請の際は、死亡に関する医師の証明欄への記入、もしくは「死亡診断書」または「埋火葬許可証」の写し及び「葬儀店の領収書・会葬礼状等」を添付して下さい。
- 3.葬祭費は葬祭を行った方に対して支給します。

 国保組合記入欄

専務理事	事務長	確認者	係員	支払日	整理番号	
組 合 記 入 欄	支給額	円		組合員・家族	受付印	
				従来・特定		
	資格取得日	年	月	日		備考
	資格喪失日	年	月	日		
				確認日	年 月 日	