

葬祭費支給申請書

記号・番号	道 医 一		
組合員氏名			
死亡した被保険者	氏 名		
	生年月日 (死亡時年齢)	年 月 日生 (満 歳)	
	組合員との続柄	1. 本人 2. 家族 ()	
死亡の日時	年 月 日	午前 午後	時 分
死 因	種 類	1. 病死及び自然死 2. 外因死	
	第三者行為によるものですか	1. はい 2. いいえ	
申請金額	一 金 円		

上記のとおり、葬祭費の支給を申請します。

令和 年 月 日

住 所

申 請 者
(葬祭を行なう者)

氏 名

死亡した被保険者との続柄

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

(申請者の口座)

振込先	フリガナ	銀 行 信用金庫	店
	口座名義	科目	普・当・貯
		口座番号	

- 【必要書類】
- ・ 死亡診断書(写)
 - ・ 葬祭を行なう者を確認できる書類(会葬御礼、新聞のおくやみ記事の写し等)

- 【備考】
- ・ 被保険者資格喪失の届出をあわせて行ってください。