

理事長	常務理事	事務長	係

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者記号番号	石医	-	被保険者氏名
生年月日		年齢	歳 組合員との続柄

死亡の原因			
死亡日	平成	年	月 日
	葬儀を行った日	平成	年 月 日
死亡が第三者の行為に因るときはその事実並びに第三者の住所氏名(不詳のときはその旨)			
申請金額	円	備考	

振込先	金融機関名	銀行支店名	本支店出張所
	口座種別	信用組合	
	普通・当座	フリガナ	
	口座番号	口座名義人	

上記のとおり、死亡診断書(埋葬許可証写)を添えて葬祭費を申請します。

平成 年 月 日

住所

喪主

氏名

印

電話番号 () -

石川県医師国民健康保険組合理事長 様