

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案
				年 月 日 決裁

## 葬 祭 費 支 給 申 請 書

金 額 円

※太枠のみご記入下さい。

死亡した 被保険者	被保険者証 記号番号		個人番号 (マイナンバー)																		
	氏 名	フリガナ		種 別	第1種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/>		第2種 <input type="checkbox"/> 家 族 <input type="checkbox"/>														
	生 年 月 日	昭和	年		月	日	平成	年	月	日	令和	年	月	日	年 齢	歳	申請者との 続 柄				
	死亡年月日	令和	年	月	日	葬儀執行日		令和	年	月	日										
	死亡の原因 (傷病名)																				

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 (提出日)  
〒

申請者 住 所  
(葬祭執行者)  
氏 名

電話番号 \_\_\_\_\_

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

\*次のものを添付してご返送下さい。

- ①死亡診断書の写し
- 次の②～④のいずれか1点を添付
- ②会葬礼状 (本紙)
- ③埋火葬許可書の写し
- ④葬儀に要した領収書の写し

◎葬祭費は、後日「現金書留」にて申請者あてに送金します。