

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						
死亡した 被保険者	被保険者 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 ☐ 第3種 ☐ 第2種 ☐ 家 族 ☐	
	生 年 月 日	昭和 平成 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						

※太枠のみご記入ください。

*次のものを添付してご返送ください。

- 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。