

常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係	照合事項	資格	受付

## 葬祭費支給申請書

被保険者証記号・番号							
組合員の住所	〒						
組合員の氏名							
死亡者の氏名		性別		組合員との続柄			
死亡の年月日							
死亡の原因（病名）							
死亡者が組合員の場合の傷病手当金の支給	受けたことがある			受けたことがない			
<p style="text-align: center;">上記のとおり葬祭費の支給を申請します。</p> <p>令和    年    月    日</p> <p>申請者（葬祭を行った者）</p> <p style="text-align: right;">死亡者との続柄（                      ）</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>							
取扱銀行名	銀行	支店	普通預金No.				
預金口座名義 （フリガナ）				年	月	日	円 処理済

※この申請書には被保険者証及び資格喪失届（組合員の場合は包括喪失届）、死亡届又は死亡診断書等を添付して提出してください。