

常務理事	事務局長	課長	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				
上記のとおり葬祭費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者（葬祭を行った者） 死亡者との続柄（ ） 住 所 〒 電 話 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿					
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		

※この申請書には資格確認書（交付を受けている方のみ）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。