

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係
国民健康保険葬祭費支給申請書													
被保険者証の 記号・番号		記号		番号									
死亡した被保険者の 属する世帯の組合員		氏名											
死亡者の氏名及び 生年月日						明・昭 大・平		年月日生		組合員 との続柄			
死亡年月日		平成		年		月		日		葬祭執行 年月日		平成 年 月 日	
死亡場所						死亡の 原因							
支給申請金額						円							
備考	申請人と死亡者との続柄												
上記のとおり支給を受けたく申請します。													
平成 年 月 日													
住所 〒													
申請人													
(葬祭を行う者) 電話番号													
(フリガナ)													
氏名													
印													
関東信越税理士国民健康保険組合理事長 殿													
振込銀行名				銀行		支店名						支店	
口座番号		普通		番号		フリガナ							
		当座						名義人					

※ (添付書類、死亡診断書の写し一通)