

決	常務理事	事務長	確認	係
裁				

葬祭費支給申請書・請求書

◆物故者について

◎該当する口に✓をして下さい。※の欄は記入しないで下さい。

被保険者等 記号番号	歯国 . -	物故者の 氏名	フリ ガナ	
			氏	名
死亡年月日	年 月 日			
請求金額	<input type="checkbox"/> 甲種組合員本人 … 金300,000円			
	<input type="checkbox"/> 甲種組合員本人以外の被保険者 … 金100,000円			

◆振込先の指定

◎該当する口に✓をして下さい。※の欄は記入しないで下さい。

フリ ガナ			フリ ガナ	
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店	口座名義		
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号		
		右詰でご記入ください。		

※ 振込先の指定は、**組合員であった物故者の家族名義**に限ります。

組合員でない方が申請される場合は、戸籍謄本を添付してください。

上記のとおり死亡診断書または埋火葬許可書の写しを添付し、請求・申請いたします。

令和 年 月 日

郵便番号 (-)

申請者住所 府・県 郡・市 区 町・村
(組合届出住所) 丁目 番 号

電話番号 () -

申請者氏名

㊞

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

(受付印)