

決	常務理事	事務長	課長	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。

被保険者証 記号番号	歯国 . -	物故者の 氏名	フリ ガナ		※ 物故者 コード
死亡年月日	年 月 日		氏	名	
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				※ 前支給 確認

◆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		口座名義	フリ ガナ		※ 支払者 コード
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店				
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。					

【ご注意：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。】

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

㊞

※
申請者
コード

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

(受付印)

(支給済印)