

理事長	常務理事	事務長	係

葬祭費支給額
50,000 円

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者 記号・番号	井 薬 - -		
死亡者氏名			組合員との続柄 本人・家族
死亡年月日	令和	年	月 日
死亡の原因			
葬祭執行年月日	令和	年	月 日
振 込 先	銀 行 支店 信用金庫		
	1、普通 2、当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		
上記とおり申請します。			
令和 年 月 日			
〒 -			
住 所			
※死亡者との続柄【 】			
申 請 者	氏 名		
電話番号 - -			
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿			

◆葬祭費支給申請の際に次のいずれか1つを添付して下さい。

・死亡診断書の写し又は埋葬許可証の写し

◆申請者について

・死亡者の家族・親族等で当組合へ加入している方

・上記該当しない場合は、葬祭を執行した方