

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証記号番号			
死 亡 年 月 日	令和	年	月 日
死 亡 の 場 所			
死 亡 者 氏 名			
死 亡 の 原 因			
葬 祭 執 行 年 月 日	令和	年	月 日
申 請 人 と の 続 柄			
葬 祭 費 の 額	円		
上記のとおり申請いたします 令和 年 月 日 申請人住所 氏名 印 愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長殿			
証 明 欄 上記のとおり死亡の事実を証明します 令和 年 月 日 医師住所 氏名 印			

振 込 先 銀 行 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人 氏 名
銀行	普通 預金	フリガナ
支店	当座	