理事長	常務理事	事務長	係

支給日	平成　　年　　月　　日	支給額	¥

葬祭費支給申請書

被保険者証の記号・番号	群医　　—　　—		
死亡者氏名		申請者との続柄	
死亡年月日	平成　　年　　月　　日		
死亡の原因（傷病名）			
備考（第三者の行為による場合はその事実並びに第三者の住所氏名）			

振込先銀行名	銀行　　店	普通・当座　No.	名義人（フリガナ）

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

住所

申請者

氏名　　㊞

群馬県医師国民健康保険組合理事長　殿

〈注意〉この申請書には、死亡診断書又は埋火葬許可証の写を添付して下さい。