

理事長	常務理事	事務長	係		
支給日	令和	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 ー ー	
死亡者氏名		申請者との 続 柄	
死亡年月日	令和 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)
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

※ 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。