

# 葬祭費支給申請書

本人・家族

被保険者証 記号・番号	全歯	組合員名 氏名	
死亡者氏名			申請者との 続柄
死亡年月日	年 月 日		
死亡の場所			
死亡の原因			
業務上・外 第三者行為 (交通事故等)の有・無	1.業務上      2.第三者行為(交通事故等)      3.その他		
葬儀執行日 年 月 日	年 月 日		
申請金額	円		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 (      —      —      )</p> <p>全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			
必ず記入		(フリガナ)	
		振込先	銀行・信金      店 信組・農協      出張所
		口座番号	
		口座種別	普      当
		(フリガナ)	
		通帳名義	

印 ※自署の場合は  
押印省略可

※葬儀を行った者を証明する書類(会葬礼状、葬儀に関する領収書等)の写し及び  
死亡が確認できる書類(死亡届、死亡診断書等)の写しを添付

支給金額	
	円

係
---



支部長	支部常務	係

