

事務長	課長	係員

葬 祭 費 支 給 申 請 書

記 号 番 号	医 一	申請者氏名	
死亡者氏名		年 齡	死 亡 者 の 続 柄
死亡年月日		死 亡 の 原 因	
葬 儀 執 行 年 月 日		葬 儀 執 行 地	

上記のとおり、必要書類を添えて葬祭費を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

(准)組合員氏名

印

上記の葬祭費は下記の預金口座に振り込み願います。

銀 行 普 通
信用金庫 支店 当座

フリガナ

名義人氏名

組 合 記 入 欄	決 定 費 用 額	円	資 格	組 合 員 ・ 准 組 合 員 ・ 家 族	従 来 ・ 特 定
	支 払 年 月 日		*備 考		

- 注 1. 「組合記入欄」は記入しないでください。
2. 死亡診断書（コピーでも結構です）を添付してください。