

事務長	課長	係員

葬 祭 費 支 給 申 請 書

記 号 番 号	医 00 - 12345	(准)組合員氏名	国 保 花 子
死 亡 者 氏 名	国 保 房 子	年 齢	68 歳 (准)組合員との続柄
死 亡 年 月 日	平 成 21 年 9 月 1 日	死 亡 の 原 因	心 不 全
葬 儀 執 行 年 月 日	平 成 21 年 9 月 3 日	葬 儀 執 行 地	国保シティーホール

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 21 年 9 月 10 日

(准)組合員氏名

国 保 花 子



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	1 2 3 4 5 6 7
信用金庫		支 店	当 座	
フリガナ	コ ク ホ	ハ ナ	コ	
名義人氏名	国 保	花 子		

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。