

|     |    |    |
|-----|----|----|
| 事務長 | 確認 | 担当 |
|     |    |    |

## 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 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

令和 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<br>合<br>記<br>入<br>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。