

理事長	常務理事	事務長	係

## 葬 祭 費 支 給 申 請 書 (事業主組合員)

被保険者の記号・番号	崎薬一		
死亡した被保険者氏名		組合員 との続柄	
死亡年月日	令和 年 月 日		
死亡の原因			
葬儀執行年月日	令和 年 月 日		
希望振込先	銀行	本・支店名	口座番号
		種別	フリガナ 名義人
		1.普 2.当	

葬 祭 費      70,000 円

上記金額申請いたします。

令和 年 月 日

〒

申請人(喪主)住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  
(連絡先TEL \_\_\_\_\_)

長崎県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

- ※添付書類
- ・被保険者証
  - ・死亡診断書の写し又は除籍抄本一通
  - ・会葬礼状又は葬儀に関する領収書の写し