

理事長	常務理事	事務長	係

長崎県薬剤師健康保険組合 葬祭費 支給申請書(従業員・家族)

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	普通 ・ 当座	フリガナ 名義人	

葬 祭 費 3 0 , 0 0 0 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 ・資格確認書(お持ちの場合) ・死亡診断書の写し又は除籍抄本一通 ・会葬礼状または葬儀に関する領収書の写し
--