

伺	決 裁 年 月 日		令 和 年 月 日			令 和 年 月 日	
	副理事長	常務理事	事務局長	主 任	係	支 部 長	係

葬 祭 費 支 給 申 請 書			
支 部 番 号		被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	
死 亡 者 関 係 事 項	死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日	
	死 亡 の 場 所		
	死 亡 者 氏 名	(才)	
	死 亡 の 原 因		
	組 合 員 と の 続 柄		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">三重県建設国民健康保険組合理事長 殿</p>			
証 明 欄			
死 亡 し た 者 の 氏 名		死 亡 し た 年 月 日	令 和 年 月 日
<p>上記の通り死亡の事実を証明します。</p> <p style="text-align: center;">令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名 ㊟</p>			

※印の欄は記入しないで下さい。

※ 支 給 金 額		円
--------------	--	---

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確 ・ 郵
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()