

葬祭費支給申請書・請求書

被保険者証の記号・番号	奈組1.	組合員との 続柄	
死亡被保険者氏名			
死亡年月日	令和	年	月 日
死亡原因			
葬儀執行年月日	令和	年	月 日
葬儀執行地			
勤務先名			

上記のとおり死亡診断書・喪主が確認できる書類(葬儀の領収書のコピー等)を添えて申請します。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

連絡先 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次長	係員