

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
					平 成 年 月 日			

葬 祭 費 支 給 申 請 書			
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		組 合 員 氏 名	
死 亡 者 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
死 亡 年 月 日	平 成 年 月 日		
死 亡 場 所			
死 亡 の 原 因			
葬 祭 執 行 年 月 日	平 成 年 月 日		
<p>上記のとおり申請します。 なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込み下さい。</p> <p>平 成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申 請 人 氏 名</p> <p>TEL () -</p>			
<p>愛知建連国民健康保険組合理事長 殿</p>			

右記のとおり支給を決定してよろしいか	支給決定額 ※ 円
--------------------	-----------

振 込 先		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	本部 受付欄	支部 受付欄
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座	本部 受付印	支部 受付印
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

- ◎ 申請者は太枠の部分を入力してください。※は記入しないでください。
- ◎ 死亡診断書、死体埋（火）葬許可証のコピー等、死亡の事実を証明できるものを添付して下さい。
- ◎ 本申請書と同時に脱退届を提出してください。