

保険給付費支給決定 並 支払伺 . . . 起案			
支払金額	円	支払通知書番号	振込年月日
		加入10年以上	取得
		加入10年未満	喪失

葬 祭 給 付 申 請 書

被保険者証番	正組合員	-	准組合員	-
死亡者氏名			申請人との続柄	
死亡年月日	平成 年 月 日			
死亡の原因				
葬祭執行年月日	平成 年 月 日			

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

所属支部名

正組合員 住所

氏名 Ⓜ

電話番号 - -

准組合員 住所

氏名 Ⓜ

電話番号 - -

愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿

(注)「死亡診断書(死体検案書)」のコピー及び銀行振込先依頼書(第一正組合員の場合のみ)を添付してください。

※准組合員の方の申請の場合、正組合員のご署名ご捺印も必要になります。

※各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。