

葬祭費・死亡見舞金 支給申請書

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長様

申請日 令和 年 月 日

〒 -
住 所

申請者

氏 名 _____ 印

TEL () -

下記によって葬祭費・死亡見舞金 _____ 円を請求いたします。

被保険者証番号		組合員氏名	
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	死亡年月日	令和 年 月 日
死亡した者の氏名			申請者との続柄
死 亡 原 因			
死 亡 場 所			
葬 儀 年 月 日	令和 年 月 日 執行		
受 取 方 法	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	種 目 普通預金
	口座番号		
	ふりがな		
	口 座 名		

注) 葬祭費・死亡見舞金の申請には、埋葬許可証又は、死亡診断書の写しを必ず添付してください。又、資格喪失届を一緒にご提出ください。

※ 葬祭費は、被保険者のうち組合員には10万円・家族には5万円支給します。

※ 死亡見舞金は、長寿医療制度(後期高齢者)該当者で、組合継続者に5万円支給します。

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
決定日			決定 金額		

