

常務理事	理事	事務長	担当者	受付

葬 祭 費 支 給 申 請 書

第 1 種 組 合 員 氏 名				
被 保 険 者 証 記 号 番 号	宮医	組 合 員 種 別	組 合 員 氏 名	
	A	第 1・2 種 (該当を○で囲む)		
死 亡 し た 被 保 険 者 氏 名	男・ 女	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	
死 亡 年 月 日	平成 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
埋 葬 (納 骨) を 行 っ た 年 月 日 (予 定 を 含 む)	平成 年 月 日 未定	死 亡 原 因 (病 名 な ど)	第三者の行為に (よる・よらない)	
申 請 者 が 組 合 員 以 外 の と き そ の 者 の 氏 名		生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)	
組 合 員 と の 続 柄		添 付 書 類	① 死亡診断書(死体検案書) 写し可 ② 会葬御礼状、死亡広告等の写し(注1)	
送 金 先 (注2)	銀 行 名	銀行 支店		備 考
	預 金 種 目	普 ・ 当 ・ 貯	口 座 番 号	
	(フリガナ) 名 義 人 氏 名			
<p>上 記 の と お り 申 請 し ま す 。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>申 請 者 喪 主 (葬 祭 を 行 な っ た 者)</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 (死亡者との続柄) 印</p> <p>電 話 番 号 ー ー</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>				

支 部 経 由	平成 年 月 日
	支部長 印

(注1) 申請者が喪主であることを示すものであれば、葬祭費用の領収書等でもかまいません。

(注2) 送金先が喪主と別人の場合は委任状の添付も必要となります。

D L

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。