

常務理事	理事	事務長	担当者	支払日

受付日付印



## 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 A	組合員種別 第1・2種 (該当を○で囲む)	組合員氏名			
死亡した 被保険者氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)		
死亡年月日	平成・令和 年 月 日	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
埋葬(納骨)を 行った年月日 (予定を含む)	平成・令和 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 員以外のおき その者の氏名		生年月日	昭和・平成・令和 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)			
(注2) 送金先	銀行名	銀行			支店	備考
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号			
	(フリガナ)					
	名義人氏名					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日(届出日)

申請者 喪主(葬祭を行なった者)

〒 -

住所

氏名

(死亡者との続柄 )

電話番号 ( ) -

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

DL

支 部 経 由	令和 年 月 日
	支部長 <span style="float: right;">㊟</span>

(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。

※ 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。