

	本件を決定し支給額を命ずる支給額を決定し支給額を命ずる支給額
	専務理事 事務局長 総務課長 給付課長 係長

専務理事	事務局長	総務課長	給付課長	係長	係	支部係
令和	年	月	日	支払命令 第		号

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証記号・番号		組合員氏名				
死亡者氏名		組合員との続柄		年齢		
死亡年月日	令和	年	月	日		
死亡場所						
死亡の原因						
葬祭執行年月日	令和	年	月	日		

(注)裏面の口座振込依頼に記入してください。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

〒

住 所

申請人 氏 名

TEL

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

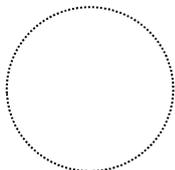
右のとおり支給額を決定してよろしいか	支給決定額	円
--------------------	-------	---

死亡診断書又は死体火葬許可証の写など死亡の事実を証明できるものを添付してください。

本申請書と同時に資格喪失届を提出してください。

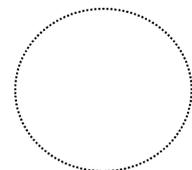
申請書人は葬儀を行った方(喪主)でお願いします。会葬礼状又は葬儀領収書の写を添付してください。

本部受付



処 理 欄	被保険者 台 帳			

支部受付



口座振込み依頼

支給決定額については、下記口座へ振込みください。

(フリガナ) 名義人の氏名	指定金融機関名	預金区分	口座番号
	銀行	普通	
	信用金庫	当座	
	農業・漁業 協同組合	貯蓄	

私の名義の口座がありませんので、支給金受領については

に委任しますから、上記口座へ振込みください。

申請人

申請人が署名できない場合は、記名押印してください。

- 備考 1 申請人名義の口座がない場合は、上記委任欄にご記入くだされば指定の口座に振込みます。
- 2 預金区分の欄は、該当のものを○印で囲んでください。
- 3 「葬祭費支給決定通知書」を送付しますので、入金の確認をお願いします。

ご不明な点があれば、当組合事務局給付担当者までご連絡ください。