

保険給付葬祭費支給決定伺

令和 年 月 日

金 額		円	常務理事	事務局長	業務課長	係 長	係 員	
被保険者 記号番号	87-		死 亡 者 氏 名				続柄	
組 合 員 氏 名			資 格 取 得 年 月 日			昭和 平成 令和	年	月 日
死 亡 年 月 日	令和	年	月	日	備 考			

(上は記入しないで下さい)

様式第38号

※ 葬 第 号

葬祭費支給申請書

死亡した被保険者の記号番号	87-		◎ 医師・公的機関の証明	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因		
死 亡 し た 被保険者の氏名	本 人・家 族			上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
葬祭を行った年 月 日	令和 年 月 日			証 明 者 所 在 地 担 当 者				
死 亡 者 と 申請者との関係				印				

上記のとおり葬祭費を申請します。

〈御 注 意〉

- この申請書は、資格喪失届、被保険者証、葬儀を行った際の書類（会葬礼状、葬儀社の領収書の写し等）とともにお出し下さい。
- 医師・公的機関の証明がもらえないときは、死亡証明書等を添えて下さい。
- 仕事中の病気やケガ、交通事故等の第三者行為が原因の場合、お支払いできないことがあります。
- おわかりにならない点は、支部の事務担当者、または 03-3269-4778 におたずね下さい。

申請者住所

(葬祭を行った者)
申請者氏名

令和 年 月 日

印

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合理事長殿

