

伺	決 裁 年 月 日	令 和 年 月 日		
	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証 の記号番号	1・3種組合員		2・4種組合員	
死 亡 者 関 係 事 項	死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日		
	死 亡 の 場 所			
	死 亡 者 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
	死 亡 の 原 因			

上記のとおり申請します。

令 和 年 月 日

1・3種組合員 住 所
氏 名 ⑩
TEL ()

2・4種組合員 住 所
氏 名 ⑩
TEL ()

三重県医師国民健康保険組合 様

証 明 欄

上記のとおり死亡したことを証明します。

令 和 年 月 日

医 師 住 所
氏 名 ⑩

支 給 金 額	※ 円	振込銀行をご記入下さい。	
		銀 行	支 店
		普通 ・ 当座 No.	
※印の欄は記入しないで下さい。		(フリガナ) 名 義	