

支給日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係	支給金額
					円
葬祭費支給申請書					
被保険者証の記号番号			鹿歯・鹿歯従		
組合員本人の 住所・氏名		住所			
		氏名			
死亡した被保険者の氏名					
死亡年月日	平成 年 月 日	埋火葬年月日	平成 年 月 日		
死亡の原因					
申請者が喪主以外で ある者の住所・氏名		住所			
		氏名			
振込先	銀行 金庫 店				
	1. 普通	口座番号 No.			
	2. その他	フリガナ			
	()	口座名義			
上記の通り申請します。					
平成 年 月 日					
(〒 -)					
申請者 住所					
氏名					
⑩					
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※本申請書には必ず死亡診断書または埋火葬認許証のコピーを添付して下さい。