

葬祭費支給申請書

被保険者 番号	沖医国	組合員氏名	
死亡した 被保険者氏名		組合員との続柄	
死亡の日時	令和 年 月 日 午前・午後 時	葬祭執行年月日	令和 年 月 日
死因傷病名		死亡した者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
申請金額	金 円	備考	
支給決定金額	金 円	承認年月日	令和 年 月 日
<p>上記のとおり死亡者の被保険者資格喪失届及び資格確認書（保険証）を添えて申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">葬儀執行者 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p style="text-align: center;">沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

振込先口座

銀行名	銀行	支店名	支店
口座番号	(普通・当座) No.	フリガナ 口座名義	