

保険給付葬祭費支給決定伺

平成 年 月 日

金額	円	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員	
被保険者証記号番号	87-	死亡者氏名				続柄	
組合員氏名		資格取得年月日	昭和 平成		年	月	日
死亡年月日	平成 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	平成 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。 平成 年 月 日				
葬祭を行った年月日	平成 年 月 日		証明者				
死亡者と申請者との関係			所在地 担当者	印			

上記のとおり葬祭費を申請します。

<御注意>

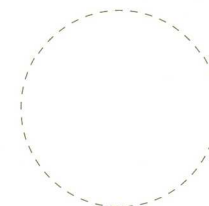
- この申請書は、資格喪失届、被保険者証、葬儀を行った際の書類（会葬礼状、葬儀社の領収書の写し等）とともにお出し下さい。
- 医師・公的機関の証明がもらえないときは、死亡証明書等を添えて下さい。
- おわかりにならない点は、支部の事務担当者、または03-3269-4778におたずねください。

平成 年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印



本部受付印



支部受付印

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合理事長殿