

請求者の振込 依頼銀行名・ 口座番号、名 義を記入して ください。										銀行				店					
										普通 当座				No.					
										名義									
⑩ 一 金 円 也																			
※ 組 合 員 准組合員 の被保者記号・番号			記 号			医			番 号										
被保険者の個人番号																			
※ 組 合 員 准組合員 の住所及び氏名			住所										氏名						
死 亡 者 関 係 事 項	死 亡 年 月 日		令和		年		月		日		午前		時		分				
	死 亡 の 場 所																		
	死 亡 者 氏 名												続 柄						
	死 亡 の 原 因												死 亡 当 時 の 年 令		歳				
	葬祭執行年月日		令和		年		月		日		故意の障害又は 第三者傷害の有無		有 ・ 無						
葬 祭 を 行 う 者 の 住 所 氏 名			住所								氏名				死亡者との続柄				
死 亡 を 診 断 し た 医 師 の 証 明			上 記 の と お り 相 違 い の こ と を 証 明 す る 。 令和 年 月 日 住 所 医 師 氏 名																

令和	年度	款	保険給付費	項	葬祭諸費	目	葬祭費	節	負担金補助 及び交付金
支給決定額			金	拾	万	千	百	拾	円
理事会決定			令和 年 月 日					(担当理事決裁印)	

2. 准組合員、又は准組合員の世帯員が死亡した場合の請求は組合員とします。

3. ※印欄の組合員・准組合員については該当する何れかに○印をつけて下さい。