（給付様式第4号）

決裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事

事務長	主査	係

※伺い	支給決定額
	￥
	本人・家族

※地区

葬祭費支給申請書

被保険者証の記号・番号	記号		番号									―
組合員氏名												
死亡者氏名											組合員との続柄	
											本人・家族	
死亡年月日	平成　　年　　月　　日											
死亡の原因												
死亡場所												
葬祭執行年月日	平成　　年　　月　　日											
振込先	銀行 信用金庫　　店											
	1．普通　2．当座 3．貯蓄		口座番号									
	口座名義	（ﾌﾘｶﾞﾅ）										

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

〒　　－

申請人　住所

氏名　　㊞

電話　　（　　）

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

※　1.この申請書は、資格喪失届け及び被保険者証とともに提出してください。
　　2.葬祭に要した領収書（原本）を必ず添付してください。