



葬祭費(料)請求書

被保険者証 記号・番号	道歯 - -	組合員氏名	
死亡した被保 険者の氏名及 び生年月日	死亡者氏名 明・大・昭・平 年 月 日 (才)		組合員 との続柄
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	
葬祭を行なう 者の氏名			死亡者 との続柄
上記のとおり請求します。			
令和 年 月 日			
電話() - 番			
□□□-□□□□			
住所 (自宅) 捺印してください			
請求者 氏名 印			
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様			
銀行名		銀行 信用金庫	本店 支店
預金の種類と 口座番号		普通 当座 預金 No	
(ふりがな)		ふりがな記入	
口座の名義人名			
死亡に関する 証明	令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	住所 医師 氏名 印	
※埋葬認可証の写又は、 死亡診断書の写 をもって上記証明にかえることができます。			

同じ人の名前を記入して下さい。

どちらか一方を添付して下さい。

支給決定額	円
組合記載欄	



葬祭費(料)請求書

被保険者証 記号・番号	道齒 - -	組合員氏名	
死亡した被保 険者の氏名及 び生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)		組合員 との続柄
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	
葬祭を行なう 者の氏名			死亡者 との続柄
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>電話() 番</p> <p>□□□-□□□□</p> <p>住所 (自宅)</p> <p>請求者 氏名 ㊟</p> <p>北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>			
		銀行名	銀行 信用金庫
		預金の種類と 口座番号	普通 当座 預金 No.
		(ふりがな)	
		口座の名義人名	
死亡に関する 証明	令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	住所 _____ 医師 氏名 ㊟	
※埋葬認可証の写又は、死亡診断書の写をもって上記証明にかえることができます。			

支給決定額	円
-------	---

組合記載欄

