

葬 祭 費 支 給 申 請 書

年度

被保険者の 記号番号		死 亡 者 の 氏 名	
被保険者の 生年月日	年 月 日	死亡年月日	年 月 日
申請人との 続 柄		葬 儀 執 行 年 月 日	年 月 日
死亡の原因			
死亡者が第三者 の行為なるとき はその事由並び 第三者の住所、 氏名	住 所 氏 名		
上記のとおり死亡した事実を証明する関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請人の住 所 氏 名 様 (印)			

受付No -

異動処理No -

審 査 結 果	
支 給 決 定 日	年 月 日
決 定 額	円
支 給 予 定 日	年 月 日
支 給 日	年 月 日

医 師 の 証 明	上 記 の と お り 死 亡 し た こ と を 証 明 す る 。 住 所 氏 名 (印)
上記の者については、死亡の届出があったことを住民異動届により確認す。 (印)	