（様式９号）

葬祭費支給申請書

本　人　・　家　族

記　号・番　号	全歯	組　合　員 氏　　名	
死　亡　者　氏　名		申請者との 続　　柄	
死　亡　年　月　日	年　　月　　日		
死　亡　の　場　所			
死　亡　の　原　因			
業　務　上・外 第　三　者　行　為 (交通事故等)の有･無	1. 業務上　　2. 第三者行為(交通事故等)　　3. その他		
葬　儀　執　行 年　　月　　日	年　　月　　日		
申　請　金　額	円		

必ず記入	（フリガナ）	
	振　込　先	銀行・信金　　店 信組・農協　　出張所
	口座番号	
	口座種別	普　・　当
	（フリガナ）	
	通帳名義	

上記のとおり申請いたします。

年　　月　　日

〒

申請者　住　　所

氏　　名　　㊞　※自署の場合は押印省略可

電話番号　（　　―　　―　　）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

※葬儀を行った者を証明する書類（会葬礼状、葬儀に関する領収書等）の写し及び
死亡が確認できる書類（死亡届、死亡診断書等）の写しを添付

支給金額	円	係	本部受理 受付印	支部長	支部常務	係	支部受理 受付印

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。