

様式第9

理事長	副理事長	担当 事務理事	事務局長	課長	担当者	受番 付号	受付 月日

(点線より下のみご記入下さい)

振込銀行 支店名	銀行 信用金庫	支店	店番			口座番号			
預金種類	1. 普通 (総合口座 を含みます) 2. 当座		(フリガナ)						
			名義						

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証の 記号・番号	税 国	死亡年月日	平成 年 月 日
		葬儀執行 年月日	平成 年 月 日
死亡者氏名	申請人 との続柄		
支給決定額	※ ¥		

私が葬儀を行ないましたので、代表して
(注)

上記のとおり [死亡診断書 (コピーも可)
埋火葬許可証の写] を添えて申請します。

平成 年 月 日

事務所代表者氏名		
申請人	住所	〒
	連絡先	()
	氏名	(印)

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

◎ ※印の欄は記入しないでください。

(注) いずれか1部を添付してください。

支給金額	(1) 税理士である組合員の死亡	50,000円
	(2) 勤務税理士である組合員の死亡	50,000円
	(但し、平成29年3月31日までは)	30,000円
	(3) 従業員である組合員の死亡	30,000円
	(4) 家族の死亡	20,000円

◎ 後期高齢者医療制度の該当日以降に死亡した場合は、お住まいの市町村(後期高齢者医療)の窓口申請してください。