

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)

振込銀行名	銀行 信用金庫	支店	店番			口座番号			
預金種類	普通・当座・( )		(フリガナ)						
			名義						

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者	税 国				死亡年月日	令和	年	月	日
記号・番号					葬儀執行 年月日	令和	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 { ・死亡診断書の写  
・埋火葬許可証の写 } を添えて申請します。

令和 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) いずれか死亡年月日のわかる書類を  
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
	(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）の窓口に申請してください。