決済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

葬祭費　支給申請書

被保険者証	記号		番号	
死亡した 被保険者氏名			生年月日	昭 ・ 平　　年　　月　　日
個人番号				
死亡年月日	年　　月　　日			
組合員との 続柄等	1　本人　　2　その他　（続柄：　　組合員氏名：　　）			
死亡の原因	第三者行為による場合はその旨記載			
振込先口座			銀行・信金 労金・農協	本店・支店
	預金種別	1　普通　　2　当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

上記により葬祭費の支給を申請します。

年　　月　　日

請求者　　住所

氏名　　印

死亡した被保険者との続柄

~~個人番号（請求者が医師国保組合の被保険者の場合）~~

長野県医師国民健康保険組合理事長　　殿

※太枠の中を記入し、下記による証明または死亡届（写）等を添付してください

医師または市町村長の証明
死亡したことを証明する 住所 年　　月　　日　　職名 氏名　　印

支給額	円

（H31.4）