決裁	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

葬祭費　支給申請書

※葬儀の領収書（写）、会葬礼状など、葬祭を執り行ったことが分かるものを添付してください。

長野県医師国民健康保険組合理事長　　殿

令和　　年　　月　　日

申請者（葬祭執行者）　　住所　〒

氏名

ＴＥＬ　　（　　）

死亡した被保険者との続柄

下記のとおり添付書類を添えて申請します。
なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約します。

死亡者の被保険者証	記号		番号	
死亡者の氏名			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
死亡年月日	令和　　年　　月　　日		葬祭執行日	令和　　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：　　）			

□公金受取口座を利用する　**※当組合の被保険者でない方はお選びいただけません。**
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。振込先口座の記入が不要になります。

□振込口座を指定する

⇒ お振込先の口座をご記入ください。			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			

委任状	※申請者と口座名義人が相違する場合 葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 氏名　　印

支給額	円

(R5.11)