

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・令 年 月 日
個人番号				
死亡年月日	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: )			
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。				
令和 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				
令和 年 月 日	職名			
氏名 印				

支給額	円