

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 _____	
		死亡した被保険者との続柄 _____	
<p>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。</p>			
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： _____）		
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			
委任状	<p>※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。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印 _____</p>		

支給額	円
-----	---