

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（利用する者は口座情報の記入不要） 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
-----	---