

回 理 副 常 事 課 主
覧 事 理 務 務 務 長 長 事
長 長 事 長 長 事

受 付

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証記号番号							
第一種組合員	住所				氏名		
死亡者の氏名 及び生年月日				年 月 日	第一種組合 員との続柄		
死亡者の個人番号							
※個人番号については、資格取得または資格確認の際提出したものと同一番号の場合は“記載不要”							
死亡年月日	令和 年 月 日	葬祭執行年月日	令和 年 月 日				
傷 病 名							
支 給 額	¥ 100,000						
備 考	葬祭をおこなう者と死亡者との続柄						
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
住 所							
申 請 人 医療機関名							
(喪 主)							
氏 名							
印							
山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿							

※ 死亡を確認できるものを添付してください。

振込先銀行 (振込先は、喪主の口座)

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本 店 ・ 支 店
口 座 名	(フリガナ)	
種別・番号	普通 ・ 当座	No.

届出代行者 事業所名称
担当者名
連絡先電話番号