

国民健康保険 葬祭費支給申請書

記入例

被保険者証記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9					
死亡者氏名 及び生年月日	薬国 太郎					死亡者の個人番号（マイナンバー）												
	昭和・平成・令和	99	年	99	月	99	日	5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7
死亡年月日	令和 99年 99月 99日																	
死亡の場所	神戸市中央区〇丁目〇番〇号（国保病院）																	
死亡の原因	病名等																	
葬祭執行年月日	令和 99年 99月 99日																	
申請者からみた 死亡者との続柄	夫																	
第三者行為又は 業務上の事故	<input type="checkbox"/> 第三者行為に該当 <input type="checkbox"/> 業務上の事故に該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当																	

上記のとおり申請いたします。

*記入された年月日

令和 99年 99月 99日

*組合員本人が死亡の場合は喪主の方がご記入ください

申請者 住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号
(組合員又は喪主)

氏名(自署) 薬国 花子

電話番号 06 (6〇〇〇) 〇〇〇〇

申請者の個人番号（マイナンバー）

1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

振 込 先 欄	金融機関名	国保	銀行・信用金庫 農協・信用組合	薬国	本店 出張所	支店					
	預金種目	普通	当座	口座番号	9	9	9	9	9	9	9
	フリガナ	ヤクコク ハナコ									
	口座名義人	薬国 花子 *申請者名義の口座をご記入ください									

※(事務処理欄)

受 付 印	保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族								
	葬祭費の額	<input type="checkbox"/> 100,000円 <input type="checkbox"/> 50,000円								
	支給決定金額			決 裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当	
	¥ _____				令和 年 月 日決定					

死亡見舞金支給申請書

記入例

組合員証の 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
死亡した 組合員氏名	薬国 太郎		生年月日		昭和 99年 99月 99日								
死亡年月日	令和 99年 99月 99日												
葬祭を行った日	令和 99年 99月 99日												
申請者からみた 死亡者との続柄	夫												
上記のとおり死亡見舞金を申請します。											*記入された年月日		
											令和 99年 99月 99日		
*死亡見舞金を受ける遺族の方がご記入ください													
住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号													
申請者 氏名(自署) 薬国 花子													
(見舞金を受ける遺族)													
電話番号 06 (6〇〇〇) 〇〇〇〇													
近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様													
振 込 先 欄	金融機関名	国保	銀行	信用金庫	薬国	本店	支店						
	預金種目	普通	・	当座	口座番号	9	9	9	9	9	9	9	9
	フリガナ	ヤクコク ハナコ											
	口座名義人	薬国 花子 *申請者名義の口座をご記入ください											

●振込先欄には、申請者名義の振込口座をご記入ください。

※(事務処理欄)

受 付 印	事業主区分	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> その他					
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 単身世帯(組合員のみ) <input type="checkbox"/> 複数世帯					
	支給決定金額	決 裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当
	¥50,000-						
							令和 年 月 日決定