

葬祭費・死亡見舞金の支給申請(資格喪失手続き)について

葬祭費(75歳未満の方)

被保険者が亡くなられたときは、申請に基づき、葬祭費を支給します。葬祭費の支給額は次のとおりです。

書類に必要事項をご記入の上、添付書類を添えて当組合までお送りください。

葬 祭 費	区 分	支 給 金 額
	1 種 ・ 2 種 ・ 3 種 組 合 員	100,000円
	家 族	50,000円

組合へご提出いただく書類

- 1 葬祭費支給申請書 ※組合員本人又は喪主の方がご記入ください。
- 2 資格喪失届 ※事業主又は喪主の方がご記入ください。
- 3 資格喪失届(別紙) ※組合員本人又は喪主の方がご記入ください。
- 4 死亡診断書の写し
- 5 火葬許可証の写し
- 6 被保険者証

死亡見舞金(75歳以上の方)

75歳以上の組合員が亡くなられたときは、申請に基づき、ご遺族の方に死亡見舞金を支給します。死亡見舞金の支給額は次のとおりです。

書類に必要事項をご記入の上、添付書類を添えて当組合までお送りください。

死亡見舞金	区 分	支 給 金 額
	4 種 組 合 員	50,000円

組合へご提出いただく書類

- 1 死亡見舞金支給申請書 ※ご遺族の方がご記入ください。
- 2 資格喪失届 ※事業主又はご遺族の方がご記入ください。
- 3 資格喪失届(別紙) ※単身世帯(75歳以上の組合員のみ)の場合は不要です。
- 4 死亡診断書の写し
- 5 火葬許可証の写し
- 6 組合員証

■ご注意

事業主が亡くなられた場合には、同一世帯の家族の方ならびにその薬局に勤務する従業員とその家族の方も同時に薬剤師国保の資格を喪失することになりますので、併せて資格喪失の手続きをお願いいたします。

なお、ご不明な点があれば組合までお問い合わせください。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

国民健康保険 葬祭費支給申請書

被保険者証記号番号	薬国	-	-				
死亡者氏名 及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			死亡者の個人番号（マイナンバー）			
死亡年月日	令和 年 月 日						
死亡の場所							
死亡の原因							
葬祭執行年月日	令和 年 月 日						
申請者からみた 死亡者との続柄							
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 type="checkbox"/> 非該当						

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所
(組合員又は喪主)

氏名(自署)

電話番号

()

申請者の個人番号（マイナンバー）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 出張所			
	預金種目	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

※(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									

マイナンバー保護封筒

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

マイナンバー保護封筒

【組合へ加入するとき】

- 資格取得届（別紙）
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
- 組合員本人確認書類
（ご家族分は必要ありません）

【組合をやめるとき】

- 資格喪失届（別紙）

【住所や氏名の変更のとき】

- 被保険者住所/氏名変更届
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

【その他の申請手続き】

- 被保険者証・高齢受給者証再交付申請書
- 療養費支給申請書
- 限度額適用認定申請書
- 出産育児一時金支給申請書
- 葬祭費支給申請書
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
（提出が必要な場合）

近畿薬剤師国民健康保険組合

の
り
し
ろ

A4 四つ折りサイズが入ります。
切り取ってお使いください ✂

返信用宛名ラベル

点線を切り取ってお使いください
-----✂-----

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

※ 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

近畿薬剤師国民健康保険組合