

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 (6000) 0000

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	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。 <small>*死亡見舞金を受ける遺族の方がご記入ください</small> 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													*記入された年月日 令和 99年 99月 99日	
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・支店 出張所						
	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							

資格喪失届

記入例

被保険者証 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
薬局名	国保薬局				退会・退職・異動 年月日	令和 99年 99月 99日 <small>死亡年月日を記入してください</small>							
(フリガナ)	氏名	性別	世帯主との続柄	年号	生年月日	職業	※備考						
(フリガナ)	ヤクコク	タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	世帯主	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	99年99月99日	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
1	薬国	太郎											
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
2													
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
3													
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
4													
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
5													

〔ご注意〕
①この届には被保険者証を必ずつけて提出して下さい。
②資格喪失事由欄には新しい被保険者証についてお書き下さい。

資格喪失事由 (番号に○)

1. 社会保険加入 [● 転出先保険者名・保険者番号 ()
● 資格取得年月日 (年 月 日) ● 保険証記号・番号 ()]

2. 死亡

3. 市町村国保加入及びその他 [転出先市町村名 ()]

4. 支部変更

5. 資格変更

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証を添えてお届けします。
万が一被保険者証紛失のため返納できない場合、資格喪失後の診療については貴組合に負担をかけることを誓約いたします。

令和 99年 99月 99日
記入された年月日

事業主組合員 住所
事業主の方がご記入ください

大阪府 大阪府中央区○丁目○番○号 住民票記載の住所

2種組合員 (薬剤師・個人加入) の方のみ
組合員本人がご記入ください
氏名 (自署)

薬国花子

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印	資格喪失年月日	令和	年	月	日	
	収入原簿		異動整理簿			
	当	第2号被保険者	円	当	第2号被保険者	人
	月		円	月		人
	遡及		円	遡及		人
計		円	計		人	
過年度		円		年	月分	

決	理事	事務長	課長	主担当	副担当
裁					
令和 年 月 日					

入力済

区分	1	2	3	4	家族
等級					
賦課限度額適用	<input type="checkbox"/> 医療保険料 <input type="checkbox"/> 後期支援保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料				
被保険者証返納	令和 年 月 日				

被保険者証 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
---------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. 資格を喪失したものの個人番号は次のとおりです。

	フリガナ	個人番号 / マイナンバー (12桁)											
	氏名												
1	ヤクコク 太郎	5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7
2													
3													
4													
5													

上記のとおりお届けします。

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

組合員氏名(自署)

薬国花子

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