

国民健康保険 葬祭費支給申請書

記入例

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|----|---|----|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者記号番号 | 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 | 室長 | 班長 | 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 | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり死亡見舞金を申請します。</p> <p style="text-align: right;">*記入された年月日 令和 99年 99月 99日</p> <p>*死亡見舞金を受ける遺族の方がご記入ください</p> <p>住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号</p> <p>申請者 氏名(自署) 薬国 花子</p> <p>(見舞金を受ける遺族)</p> <p>電話番号 06 (6〇〇〇) 〇〇〇〇</p> <p>近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | 室 長 | 班 長 | 主 担 当 | 副 担 当 |
| | ¥50,000- | 令和 年 月 日決定 | | | | | |