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。

	区　分	支給金額
葬　祭　費	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. **被保険者証または資格情報通知書または資格確認書**

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。

	区　分	支給金額
死亡見舞金	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**

■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

近畿薬剤師国民健康保険組合
〒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　☎（06）6946 － 9151

国民健康保険　葬祭費支給申請書

被保険者記号番号	薬国						ー				ー				
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	□第三者行為に該当　□業務上の事故に該当　□非該当														

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

申請者（組合員又は喪主）　住所

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	□本人　□家族					
	葬祭費の額	□１００,０００円　□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

組合員証の記号番号	薬国					－				－			
死亡した組合員氏名					生年月日	昭和　　年　　月　　日							
死亡年月日	令和　　年　　月　　日												
葬祭を行った日	令和　　年　　月　　日												
申請者からみた死亡者との続柄													

上記のとおり死亡見舞金を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（見舞金を受ける遺族）

住所

氏名（自署）

電話番号　　（　　）

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										

●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	□ 事業主　□ その他					
	世帯区分	□ 単身世帯（組合員のみ）　□ 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					

資格喪失届

被保険者記号番号	薬国					―				―			

〔ご注意〕
資格喪失事由欄には新しい保険についてお書き下さい。

薬局名		退職日等・異動日・死亡日	令和　　年　　月　　日

(枝番)		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)		□ 男 □ 女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください（　）	□第２号被保険者
		(フリガナ)		□ 男 □ 女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください（　）	□第２号被保険者
		(フリガナ)		□ 男 □ 女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください（　）	□第２号被保険者
		(フリガナ)		□ 男 □ 女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください（　）	□第２号被保険者
		(フリガナ)		□ 男 □ 女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください（　）	□第２号被保険者

資格喪失事由（番号に〇）		
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又は資格確認書又は資格情報通知書を添えてお届けします。
万が一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ないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

事業主組合員　　住　所

氏　名（自署）

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
	当月	第2号被保険者　円	当月 第2号被保険者　人
		円	人
	遡及	円	遡及　人
	計	円	計　人
	過年度	円	年　月分

決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当
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	□医療保険料 □後期支援保険料 □介護保険料
返納	令和　年　月　日
	□被保険者証　□資格確認書　□資格情報通知書

(202504)

資格喪失届（別紙）

被保険者記号番号	薬国					―				―			

1.資格を喪失したものの個人番号は次のとおりです。

（枝番）		フリガナ 氏　　名	個人番号／マイナンバー（12桁）		

上記のとおりお届けします。

令和　　年　　月　　日

組合員氏名（自署）

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

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】

- ☐ 資格情報通知書再交付申請書
- ☐ 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）
- ☐ 資格確認書交付申請書

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

〒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

〒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

※　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