

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<br>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<br>死亡者との続柄 | 夫  |    |   |    |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 第三者行為又は<br>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<br>込<br>先<br>欄 | 金融機関名 | 国保                      | 銀行・信用金庫<br>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<br>付<br>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<br>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<br>記号番号   | 薬国             | 9        | 9    | 9                 | 9              | -  | 9  | 9   | 9 | - | 9 | 9 | 9 |
| 死亡した<br>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<br>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<br/>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<br>込<br>先<br>欄  | 金融機関名          | 国保       | 銀行   | 信用金庫              | 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 | 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<br>付<br>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<br>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

## 記入例

|                      |   |     |   |         |  |             |   |                                  |                  |                |   |   |   |   |
|----------------------|---|-----|---|---------|--|-------------|---|----------------------------------|------------------|----------------|---|---|---|---|
| 被保険者<br>記号番号         | 薬国  | 9   | 9   | 9       | 9  | —           | 9   | 9                                | 9                | —              | 9 | 9 | 9 | [ご注意]<br>①この届には被保険者証または資格確認書を必ずつけて提出してください。<br>②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                  | 国保薬局  |     |   |         |  |             |   |                                  | 退職日等・<br>異動日・死亡日 | 令和 99年 99月 99日 |   |   |   |   |
| (枝番)                 | 氏名  |     | 性別  | 世帯主との続柄 | 年号   | 生年月日        | 職業  | ※備考                              |                  |                |   |   |   |   |
| 01                   | ヤクコク  | タロウ | <input checked="" type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 世帯主     | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 99年 99月 99日 | <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 登録販売者<br><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 |                  |                |   |   |   |   |
|                      |   |     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            |         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和            | 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 登録販売者<br><input type="checkbox"/> その他  | <input type="checkbox"/> 第2号被保険者 |                  |                |   |   |   |   |
|                      | (フリガナ)  |     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            |         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和            | 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 登録販売者<br><input type="checkbox"/> 調剤事務<br><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 |                  |                |   |   |   |   |
|                      | (フリガナ)  |     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            |         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和            | 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 登録販売者<br><input type="checkbox"/> 調剤事務<br><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 |                  |                |   |   |   |   |
|                      | (フリガナ)  |     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            |         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和            | 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 登録販売者<br><input type="checkbox"/> 調剤事務<br><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 |                  |                |   |   |   |   |
| 資格喪失<br>事由<br>(番号に○) | 1. 社会保険加入 [ ●転出先保険者名・保険者番号( ) ]<br>2. 死亡 [ ●資格取得年月日( 年 月 日) ●保険記号・番号( ) ]<br>3. 市町村国保加入及びその他 [・転出先市町村名( ) ]<br>4. 支部変更<br>5. 資格変更 |     |   |         |  |             |   |                                  |                  |                |   |   |   |   |

こちらには死亡年月日をご記入ください。

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証または資格確認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 99年 99月 99日

記入された年月日

住民票記載の住所

事業主組合員 住所 大阪府大阪市中央区〇丁目〇番〇号

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

事業主の方がご記入ください。  
2種組合員②(薬剤師の個人加入)の方のみ組合員本人がご記入ください。

### ※(事務処理欄)

|     |        |         |        |         |   |
|-----|--------|---------|--------|---------|---|
| 受付印 | 資格喪失日  | 令和      | 年      | 月       | 日 |
|     | 収入原簿   |         | 異動整理簿  |         |   |
|     | 当<br>月 | 第2号被保険者 | 当<br>月 | 第2号被保険者 | 人 |
|     |        | 円       | 円      | 人       |   |
|     | 遡及     | 円       | 遡及     | 円       | 人 |
| 計   | 円      | 計       | 円      | 人       |   |
| 過年度 | 円      | 年       | 月      | 分       |   |

|          |    |    |    |     |     |
|----------|----|----|----|-----|-----|
| 決<br>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 | <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 |   |   |   |    |
| 返納      | 令和 年 月 日   |   |   |   |    |

# 資格喪失届 (別紙)

## 記入例

|              |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者<br>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。

| (枝番) |   | フリガナ<br>氏名        | 個人番号/マイナンバー (12桁) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|-------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0    | 1 | ヤクコク タロウ<br>薬国 太郎 | 5                 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
|      |   |                   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      |   |                   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      |   |                   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|      |   |                   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

上記のとおりお届けします。

令和 99 年 99 月 99 日

記入された年月日

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