

国民健康保険 葬祭費支給申請書

死亡した 被保険者	氏名 フリガナ	記号番号																			
	個人番号 (マイナンバー)																				
		新医																			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																				

死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭執行年月日	令和 年 月 日
死亡原因	1.第三者行為 (交通事故など) 2.その他
葬祭を行う者の氏名	
葬祭を行う者と死亡者との続柄	1.親族 (続柄) 2.その他 (具体的に)
振込先	銀行・信金 本店
	信組・農協 支店
	普通 フリガナ
	当座 No. 口座名義

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名 (第1種組合員)	
住所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 <div style="text-align: right;">TEL</div>

支給決定額	円
-------	---

備考	
----	--

常務理事	事務長	課長	担当	受付	登録