国民健康保険　葬祭費支給申請書

	氏名　フリガナ 個人番号（マイナンバー）	記号番号
死亡した被保険者	カンゴ　カズオ 看　護　和　男 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	新医 〇〇〇〇〇〇〇（〇〇）

死亡年月日	令和　〇　年　〇　月　〇　日
葬祭執行年月日	令和　〇　年　〇　月　〇　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	看　護　太　郎
葬祭を行う者と死亡者との続柄	(1.)親族（続柄　父　）　2.その他（具体的に　　）
振込先	〇〇　(銀行)・信金・信組・農協　〇〇　本店・(支店) (普通)・当座　No. １２３４３２１　フリガナ　カンゴ　タロウ 口座名義　看　護　太　郎

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　〇　年　〇　月　〇　日

申請者氏名（第１種組合員）	医　師　一　郎
住所	(医院)・自宅　※いずれかに〇 〒000－0000　新潟市中央区医学町通二番町13番地 国保クリニック TEL　000-000-0000

支給決定額	円

常務理事	事務長	課長	担当	受付	登録

備考

（R７．４）