

国民健康保険葬祭費支給申請書

記号	番号				枝番		組合員氏名					
死亡した被保険者	氏名					年齢	歳	組合員との続柄				
	死亡年月日	令和	年	月	日	葬儀執行年月日		令和	年	月	日	
	死亡の原因	病死(発病年月日、病名)、自殺(手段等)、変死(中毒死等)										
		死亡が第三者の行為によるときは、その事実並びに第三者の住所、氏名(不詳のときはその旨記載)										
申請金額 第1組合員 200,000円 家族 100,000円		円				交通事故等の第三者行為		有・無				
受入金融機関	名称	富山県医師信用組合 本店				種類	普通・当座・貯蓄					
		銀行 信金 農協 店				口座番号						
	名義人	フリガナ				備考						
上記のとおり申請します。												
令和 年 月 日												
申請者(自宅) 〒 () 電話 () -												
住 所												
氏 名(自署)												
(申請者と死亡した被保険者との続柄)												
富山県医師国民健康保険組合理事長 殿												
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給額	備 考			受付印				
				円								
				月	日							

＜添付が必要な書類＞

- 1 死亡に関する診断書(死亡診断書又は埋(火)葬許可証等)を添付すること。
- 2 自殺、他殺、その他の事故死の場合は死体検案書を添付すること。