

決	理事長	常務理事	事務長	会計課長	担当者	台帳番号	第 号	
						支給額	円	
裁	平成 年 月 日					不支給事由		
	右のとおり決定してよろしいか。							

国民健康保険葬祭費請求書

① <u> </u> 金 <u> </u> 円也	請求者の振込依頼銀行名、口座番号、名義を記入して下さい。
	銀行 店
	普通当座 No.
	名義

※組合員 准組合員の被保険者証	記号	医	番号				
※組合員 准組合員の住所及び氏名	住所			氏名			
死亡者 関係 事項	死亡年月日	平成 年 月 日	午前	時	分		
	死亡の場所						
	死亡者氏名			続柄			
	死亡の原因			死亡当時の年令	歳		
	葬祭執行年月日	平成 年 月 日	故意の傷害又は第三者傷害の有無		有・無		
葬祭を行う者の住所氏名	住所		氏名		死亡者との続柄		
死亡を診断した医師の証明	上記のとおり診断したことを証明する。 平成 年 月 日 医師 住所 氏名						

上記の金額を請求いたします。

平成 年 月 日

住所
組合員又は葬祭執行者 氏名

①

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

理 事 会 審 査 決 定

平成 年度	款	保険給付費	項	葬祭諸費	目	葬祭費	節	負担金補助及び交付金
支給決定額		金	拾	万	千	百	拾	円
理事会決定		平成 年 月 日			(担当理事決裁印)			

- (注) 1. この請求書提出の際は、資格喪失届・被保険者証を添えて提出願います。
 2. 准組合員、又は准組合員の世帯員が死亡した場合の請求は組合員とします。
 3. ※印欄の組合員・准組合員については該当する何れかに○印をつけて下さい。