

決	理事長	常務理事	事務長	次長	担当者	台帳番号	第 号
						支給額	円
裁	令和 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 一 金 円 也					請求者の振込 依頼銀行名・口座 番号, 名義を 記入してくだ 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			
被保険者の個人番号									
※ 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	令和 年 月 日				午前 時 分 午後			
	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	令和 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。 令和 年 月 日 住所 医師 氏名								

上記の金額を請求いたします。

令和 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

令和 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			令和 年 月 日			(担当理事決裁印)		

- (注)1. この請求書提出の際は、資格取得届・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○印をつけてください。