

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

葬祭費 支給申請書

※葬儀の領収書(写)、会葬礼状など、葬祭を執り行ったことが分かるものを添付してください。

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日				
申請者(葬祭執行者)		住所 〒 _____		
		氏名 _____		
		TEL () _____		
		死亡した被保険者との続柄 _____		
下記のとおり添付書類を添えて申請します。 なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約します。				
死亡者の被保険者	記号		番号	
死亡者の氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
死亡年月日	令和	年 月 日	葬祭執行日	令和 年 月 日
組合員との続柄等	1 本人 2 その他 (続柄: _____ 組合員氏名: _____)			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※当組合の被保険者でない方はお選びいただけません。 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。振込先口座の記入が不要になります。				
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する				
⇒ お振込先の口座をご記入ください。			銀行・信金 労金・農協	本店・支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	_____
	フリガナ			
	口座名義人			
委任状	※申請者と口座名義人が相違する場合 葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 <div style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</div>			

支給額	円
-----	---