

| | | | | |
|------|----|----|-----|---|
| 常務理事 | | | 事務長 | 係 |
| 庶務 | 会計 | 業務 | | |
| | | | | |

国民健康保険葬祭費支給申請書

| | |
|-------|---|
| 支給決定額 | 円 |
|-------|---|

| | | | | | | | |
|------------|----------------|------|-------|--------------|---|---|---|
| 記号・番号 | 記号 | 番号 | 死亡年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 死亡した被保険者氏名 | | | 歳 | 申請人との続柄 | | | |
| 死亡の場所 | | | | | | | |
| 死亡の原因 | | | | | | | |
| 振込希望金融機関 | 1. 銀行 (銀行 支店) | | | ふりがな 口座名義 | | | |
| | 2. 長崎県医師信用組合 | | | | | | |
| 預金種目 | 1. 普通 | 口座番号 | | | | | |
| | 2. 当座 | | | | | | |
| | 3. 貯蓄 | | | | | | |

様式第十四号

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住所

申請人

氏名

印

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

注意 この申請書には、死亡診断書(または戸籍抄本)を添付してください。