

葬祭費支給申請書記入例

葬 祭 費 支 給 申 請 書

死亡者関連事項		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
被保険者証 記号・番号	31 - 01234567	死亡者 氏名	医師 太郎 組合員 家族 従業員											
生 年 月 日	昭和 23 年 4 月 5 日 平成 令和	死 亡 所	医師国保病院											
死 年 月 日	令和 元 年 6 月 8 日	死 亡 因	心不全											
葬祭の執行 年 月 日	令和 元 年 6 月 10 日	申請人との 続 柄	2 夫											
死亡診断書 3 会葬御礼のハガキ または 及び または を添付し、上記の通り申請いたします 埋葬許可証の写し 領収書の写し 4 令和 元 年 6 月 24 日 〒 231 - 0037 5 申請人住所 神奈川県横浜市中区富士見町3-1 電話 (045) 231 - 2685 氏名 医師 花子 神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿														

金 額	十	万	千	百	十	一	円
			0	0	0	0	

振 込 先	6	銀行	支 店	預 金 種 目	1. 普 通 2. 当 座 3. その他	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	神奈川県医師信用金庫	本店	(フリガナ)	イシ ハナコ									
	信用組合 農業協同組合 番号 (2304) 漁業協同組合 番号 (001)	出張所	口座名義人	医師 花子									

振込先は葬祭執行者のお名前にして下さる様お願いいたします

決 裁	常務理事	事務長	次 長	主 幹	主 査	係	受 付
令和 年 月 日 決定							

- 亡くなられた方のマイナンバーを記入して下さい。
- 申請人からみた亡くなられた方との続柄を記入して下さい。
- 死亡診断書、会葬御礼のハガキ共にコピーで構いません。
- 投函日を記入して下さい。
- ここに記入いただいた住所宛に、お振込後送金通知書をお送りいたします。
- 振込先は葬祭執行者(喪主の方)の口座を記入して下さい。その他の方へはお振込出来ません。金融機関コードと支店コードをわかる範囲で記入して下さい。

葬 祭 費 支 給 申 請 書

死 亡 者 関 連 事 項		個人 番号															
被保険者証 記号・番号	31 ー	死 亡 者 氏 名	組 合 員 家 族 従 業 員														
生 年 日 月 日	昭 和 年 月 日 平 成	死 場 亡 所															
死 亡 日 年 月 日	令 和 年 月 日	死 原 亡 因															
葬祭の執行 年 月 日	令 和 年 月 日	申請人との 続 柄															
死 亡 診 断 書 会葬御礼のハガキ または 及び または を添付し、上記の通り申請いたします 埋葬許可証の写し 領 収 書 の 写 し 令和 年 月 日 〒 ー 申 請 人 住 所 電 話 () ー 氏 名 印 神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿																	

金 額	十	万	千	百	十	一	円
			0	0	0	0	

振 込 先	銀 行	支 店	預 金 種 目	1. 普 通 2. 当 座 3. その他	口座番号												
	信 用 金 庫	本 店															(フリガナ)
	信 用 組 合	出張所															
	番号 () 農業協同組合	番号 () 漁業協同組合	口座名義人														

振込先は葬祭執行者のお名前にして下さる様お願いいたします

決 裁	常務理事	事 務 長	次 長	主 幹	主 査	係	受 付
令 和 年 月 日 決 定							