

理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

## 国民健康保険 葬祭費支給申請書

¥

上記の金額を支給されるよう申請します。

但し、下記内訳のとおり

令和 年 月 日

申請者 {

- ・ ①組合員とする
- ・ ②組合員逝去の時は  
その代理人

住所

氏名

印

北海道薬剤師国民健康保険組合 理事長様

### 内 訳

被保険者証 の番号	— —	死亡した 被保険 者の氏 名		申請者 との続柄	
死亡した被保険者の 個人番号(マイナンバー)					
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の場所			
死亡原因 (死因の傷病)		葬祭 執行場所			
葬祭費 の振込先	金融機関名				
	・銀行 ・郵便局 ・信用金庫 ・信用組合				
	・支店 ・本店 店番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>				
〔葬祭を行った 遺族名義〕	[ 普通 ・ 当座 ] 口座番号 <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>				
	フリガナ				
	口座名義	様 宛			
備考					

- ④ 1. この申請には証拠書類として、市町村長の「埋火葬認許証か死亡診断書の写し」または「戸籍の除籍簿抄本」のいずれかを添付すること。
2. 本申請書と同時に、資格喪失届および組合員証を提出のこと。
3. 振込先の希望金融機関名、口座の名義人は必ずご記入ください。