

決裁	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日				

処理欄	受付印	支給額	加算金	給付記録	電算入力
		円			
		支給年月日	(有)・(無)		
	年 月 日				

国民健康保険葬祭費支給申請書

(注意事項) ○振込先は葬祭を行った方の口座をご指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号		番号						組合員名 氏名	国保 太郎	
	福医	031234000									
個人番号	1234	×	×	×	×	×	×	×	死亡した 被保険者氏名	国保 太郎	
死亡した年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日							死亡した 被保険者 との 続柄	夫		
葬祭した年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日							死亡原因	肝硬変		
振込先	銀行名		支店名		預金種別		口座番号		口座名義		
	○○○	銀行 信用金庫	○○○	本店 支店	①普通 ②当座 ③貯蓄	○○○	○○○	フガナ	コクホ ハナコ	国保 花子	

上記のとおり申請します。

平成○○年○○月○○日

〒812-0016 TEL (092) 431-1987

住所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

申請者
(葬祭を行った者)

氏名 国保 花子



福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿