

受付印

【記入例】

理事長	常務理事	事務長	係

支給日	令和 年 月 日	支給額	¥ _____
-----	----------	-----	---------

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者の記号・番号	群医 01 - 5010 - 00		
死亡者氏名	国保 太郎	申請者との続柄	夫
死亡年月日	令和 6 年 12 月 1 日		
死亡の原因（傷病名）	〇〇〇病		
備考 〔 第三者の行為による場合はその事実並びに第三者の住所氏名 〕	組合員又は従業員組合員の公金受取口座へ振り込みを希望する場合に選択		
振込口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する方は口座情報の記入不要） 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。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
振込先銀行名	金融機関コード（ 1234 ） 医師国保 銀行 支店コード（ 001 ） 本店	普通 ・ 当座 No. 7777777	名義人（フリガナ） コクホ ハナコ 国保 花子
上記のとおり埋火葬許可証の写しを添えて申請します。			
令和 6 年 12 月 2 日			
〒 371 - 0000			
住所 前橋市口〇町一丁目8番4号			
※申請者 氏名 国保 花子			
葬祭を行った方			
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			

※申請者は、葬祭を行った方の住所・氏名を記入してください。