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

被保険者証の記号・番号	群　医　　－　　－		
死　亡　者　氏　名		申請者との続　柄	
死　亡　年　月　日	令和　　年　　月　　日		
死亡の原因(傷病名)			
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〕			

振込口座				
	□ 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。			
	□ 振込口座を指定する			
	振込先銀行名	銀行 店	普　通　・　当　座 No.	名義人（フリガナ）

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

　　氏　名

群馬県医師国民健康保険組合理事長　殿

※ この申請書には死亡診断書又は埋火葬許可証の写を添付して下さい。

HP