

## 葬祭費支給申請書

※ 太枠の中をご記入ください。

死亡した 被保険者	被保険者証 記号番号	38-	個人番号 (マイナンバー)																		
	氏名							生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日									
	死亡年月日	令和	年	月	日							申請者との 続柄									
	死亡の原因							第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください。												
振込 先 情報	金融機関名	銀行・信金 信組・農協						本店 支店	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座											
	口座名義 (カタカナ)								口座番号												
									金融機関 コード												
上記のとおり必要書類を添えて申請します。																					
令和 年 月 日																					
住所																					
申請者																					
氏名																					
個人番号 (マイナンバー)																					
千葉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様																					

## ■ 申請時に添付するもの

- 会葬礼状（本紙）、埋火葬許可証（写）、葬儀社発行の領収証（写）の中から1点
- 申請者の個人番号（マイナンバー）確認書類（写）

理事長	常務理事	事務長	情報連携登録	マイナンバー確認	給付担当	受付日