

# 国民健康保険葬祭費請求書

① 一金 円也		振込依頼銀行名		銀行		本店											
		普通・当座 口座No.		名義人(組合員)カタカナ													
被 保 険 者 証		記号	歯		番号												
		個人番号															
組合員の住所及び氏名		住所						氏名									
死 亡 者 関 係 事 項	死亡年月日	年 月 日						午前		時		分					
	死亡の場所																
	死亡者氏名							死亡当時 の年令									
	死亡原因							法64条該当 有・無				有・無					
	葬祭執行 年月日	年 月 日															
葬祭を行う者の住所氏名		住所				氏名				死亡者との続柄							
死亡を診断した医師の証明		上記のとおり診断したことを証明する。 年 月 日 医 師 住 所 氏 名															

上記の金額を請求いたします

年 月 日

住 所

請求者

氏 名

①

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

(注) この請求書提出の際は、資格喪失届・被保険者証・会葬礼状または葬祭を行った際の領収書（喪主の氏名が入ったもの）を添えて提出願います。

## 給付決定支出命令書

年度	款	保険給付費	項	葬祭諸費	目	葬祭費	節	負担金補助 及び交付金
支出命令	金	拾	万	千	百	拾	円	
決 定	年	月	日	理事会	理事長		常 務 理 事	
送 金	年	月	日	振 込	事務長		担 当	