

国民健康保険葬祭費請求書

振込依頼銀行名 普通・当座 口座No.		銀行		本店支
		名義人(組合員)カタカナ		
① 一金 円也				
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 午後	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

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		

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。