

決	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	係	支 部 長
定					
伺					

決定額

必要書類:
 死亡診断書写し、埋葬許可書の写し、
 死体検案書の写し等、死亡理由のわ
 かる者を添付してください。外傷の場
 合は負傷届も必要になります。

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者 記号・番号		岡 304	70000											
死亡した者	氏名	建設 太郎						生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 5 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和					
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続柄
死亡年月日	令和 4 年 12 月 16 日	死亡の場所		自宅										
死亡の原因	病気	脳卒中						葬祭年月日	令和 4 年 12 月 18 日					
	その他													
申請金額	50,000 円						備考							

* 死亡診断書の写し、埋葬許可書の写し、死体検案書の写し等を添付してください。

第三者行為	該当	<u>非該当</u>
-------	----	------------

※該当の場合は給付できません。

本人は5万円、国保資格のある扶養の方は3万円になります。該当の金額を記入してください。

必ず印鑑を押してください。

上記のとおり申請します。

令和 4 年 12 月 1 日

組合員
(申請人)

住所 岡山県岡山市北区駅元町23-12

氏名 建設 太郎



岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※上記の死亡した者と同じ場合は、省略可

身元確認欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部	()
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人 () ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()