

決 定 伺	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	係	支 部 長

決定額	円
-----	---

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者 記号・番号		岡 304					
死亡した者	氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	個人番号 (マイナンバー)						続柄
死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の場所		
死亡の原因	病気			葬祭年月日	令和	年	月
	その他						
申請金額	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	非 該 当	※該当の場合は給付できません。
-------	-----	-------	-----------------

上記のとおり申請します。

住所

組合員
(申請人)

氏名

令和 年 月 日

印

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

※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