

	年	月	日決定		円
本件、支給してよろしいか					

## 国民健康保険 葬祭費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	建	・	組合員氏名	
死亡した被 保険者	氏名			
	生年月日	年	月	日
死亡年 月日	平成	年	月	日
				死亡の原因
死亡が第三者の行為によるときはその事実並に第三者の氏名、住所				
備考				

上記のとおり、申請します。

平成 年 月 日

死亡した被保  
険者との続柄

〒 -

請求者 住 所

氏 名

(印)

長野県建設国民健康保険組合理事長 殿

所属組合 の 確 認	組 合 名 及 び 組 合 長 氏 名	処 理 年 月 日
	(印)	(受付) 年 月 日 (請求) 年 月 日

(注) 給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。

(添付書類) この申請書には、死亡の事実を証明できるもの(死亡診断書、埋葬・火葬許可証、死体検案証など)を添付すること。