様式第24

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 会計課長 | 担当者 | 台帳番号 | 第　　　　　　号 |
|  |  |  |  |  |
| 支給額 | 円 |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　右のとおり決定してよろしいか。 |
| 不支給事由 |

**国民健康保険葬祭費請求書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ㊞ | 一 金　　　　　　　　円 也 | 請求者の振込依頼銀行名・口座番号、名義を記入してください。 | 　　　　 銀行 |  | 店 |
| 普通当座 | № |
| 名義 |  |
| ※ | 組合員准組合員 | の被保者記号・番号 | 記　号 | 医 | 番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ | 組合員准組合員 | の住所及び氏名 | 住所 | 氏名 |
| 死亡者関係事項 | 死亡年月日 | 　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 午前午後 | 　　　時　　　　分 |
| 死亡の場所 |  |
| 死亡者氏名 |  | 続　　　　柄 |  |
| 死亡の原因 |  | 死亡当時の年令 | 歳 |
| 葬祭執行年月日 | 　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 故意の障害又は第三者傷害の有無 | 有・無 |
| 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 | 　上記のとおり相違ないことを証明する。　　　　令和　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　住　所医　師　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**上記の金額を請求いたします。**

　　　　令和　　年　　　月　　　日

住　所

組合員又は葬祭執行者

氏　名 ㊞

**茨城県医師国民健康保険組合理事長　殿**

理　事　会　審　査　決　定

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　 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 |
| 支給決定額 | 金 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
| 理事会決定 | 令和　　　年　　　月　　　日 | （担当理事決裁印） |

(注)1.この請求書提出の際は、資格喪失届・資格確認書等を添えて提出ねがいます。

　　2.准組合員、又は准組合員の世帯員が死亡した場合の請求は組合員とします。

　　3.※印欄の組合員・准組合員については該当する何れかに○印をつけて下さい。