

葬祭費支給申請書

① 被保険者証の記号番号	60 - 0100* - 000	
② 組合員又は准組合員氏名	島根 ○ 男	
③ 組合員又は准組合員個人番号	1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	
死亡した被保険者	④ 氏名	島根 ○ 男
	⑤ 個人番号	1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3
	⑥ 生年月日	昭和・平成・令和 26年 11月 22日 (68歳)
	⑦ 死亡日時	令和 2年 7月 2日 (5時 20分)
	⑧ 死亡の種類及び傷病名	傷病死 (傷病名 心不全) 外因 (事故・中毒・)
⑨ 葬儀年月日	令和 2年 7月 4日	
⑩ 葬祭費支給申請額	金 250,000 円	
振込先 (申請者の口座)	⑪	銀行・信金 信組・農協 松江 本店支店出張所
	種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金
	名義	(フリガナ) シ マ ネ △ コ 島根 △ 子
口座番号	1 0 5 6 7 8 9	

上記のとおり、葬祭費の支給を申請いたします。

⑫ 令和 2年 7月 28日
申請者(配偶者または葬祭を行う者)
⑬ 住所 (〒 690-0049) 松江市袖師町○番△△号
氏名 島根 △ 子
個人番号 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2
電話 0852-45-6789

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

- 【記入要領】
- 申請対象となる組合員又は准組合員の記号番号を記入
 - 申請対象となる組合員又は准組合員の氏名を記入
 - 申請対象となる組合員又は准組合員の個人番号(マイナンバー)を記入
 - 死亡した被保険者の氏名を記入
 - 死亡した被保険者の個人番号を記入
 - 死亡した被保険者の生年月日と満年齢を記入
 - 死亡した被保険者の死亡日時を記入
 - 死亡した被保険者の死亡の種類及び傷病名を記入
 - 死亡した被保険者の葬祭年月日を記入
 - 葬祭費支給申請額を記入(※支給額は別欄「概要」の本組合規約を参照のこと)
 - ⑩欄の申請者の振込先銀行口座を記入
 - 提出日付を記入
 - 申請者(配偶者または葬祭を行う者)の郵便番号・住所・申請者氏名・個人番号(マイナンバー)・電話番号を記入のうえ押印のこと(※本組合組合員又は准組合員のほか本組合被保険者でない方は場合は組合から確認のご連絡を行うことがあります)

【概要】

- 本書は、本組合規約に基づき給付を受ける時に提出して下さい。
- 支給は組合が受け付けした後、審査決定後直ちに指定口座に振り込みます。

島根県医師国保組合規約[抜粋]

第3章 保険給付(葬祭費)第15条 組合は、被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、死亡した者が組合員の場合は250,000円、家族の場合は100,000円、准組合員の場合は50,000円を支給する。

2 前項の規定にかかわらず、葬祭費の支給は、同一の死亡につき、健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法又は高齢者医療確保法の規定により、これに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

島根県医師国保組合運営規程[抜粋]

(葬祭費の支給)第17条 葬祭費の支給を受けようとする者は、葬祭費支給請求書(様式第9号)を理事長に提出しなければならない。

【注意事項】

- 「個人番号」の枠に記入がある場合は、必ず「個人情報保護シール」を貼り付けて下さい。
- 併せて「被保険者資格喪失届」を提出して下さい。

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合
〒690-8535
松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内
TEL: 0852-26-3100
FAX: 0852-26-3104
URL: https://shimane-ikokuho.or.jp
E-mail: isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp