

葬

葬 祭 費 ( 料 ) 請 求 書

同じ人の名前を記入して下さい

被保険者証 記号・番号	道歯 - -	組合員氏名	
死亡した被保険者の氏名及び生年月日	死亡者の氏名 昭・平・令 年 月 日(才)		組合員との続柄
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	
葬祭を行なう者の氏名			死亡者との続柄
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日			
〒 - 電話( ) - 番		住所(自宅)	
請求者		氏名	
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様			
公金受取口座の利用有無			
<input type="checkbox"/> 利用する ※1		<input type="checkbox"/> 利用しない ※2	
マイナンバー(請求者)		→お振込み先の口座(組合員のもの)の記入が必要です。	
※1 公金受取口座を利用する場合、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。 ご利用される場合は、必ず請求者のマイナンバーをご記入下さい。			
※2 公金受取口座を利用しない場合、組合員の銀行名等を記入して下さい。		銀行名	銀行信用金庫 本店支店
		預金の種類と口座番号(ふりがな)	普通預金 No.
		口座の名義人名	
死亡に関する証明	令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	住所 医師 氏名	
※埋葬許可証の写又は、死亡診断書の写をもって上記証明にかえることができます。			

公金受取口座を利用する場合は、利用有無の"利用する"に☑し、組合員のマイナンバーをご記入下さい。  
※利用する場合は、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。

公金受取口座を利用しない場合は、利用有無の"利用しない"に☑し、組合員の口座情報をご記入下さい。

どちらか一方添付して下さい。

**公金受取口座登録制度とは**  
事前にマイナポータルにて給付金の受取口座をご登録いただくことにより、各種給付の申請時に口座情報の記載が不要になります。  
公金受取口座のご登録方法につきましては、マイナンバー総合フリーダイヤル(TEL:0120-95-0178)にお掛けいただき、音声ガイダンスに従って6:公金受取口座登録制度を選択してください。

支給決定額	円
組合記載欄	



# 葬 祭 費 ( 料 ) 請 求 書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	道 歯 - -	組 合 員 氏 名	
死 亡 し た 被 保 険 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 才 )		組 合 員 と の 続 柄
死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日	死 亡 原 因	
葬 祭 を 行 な う 者 の 氏 名			死 亡 者 と の 続 柄
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 - 電話( ) - 番</p> <p style="text-align: right;">住 所 (自 宅)</p> <p style="text-align: right;">請求者 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ (印)</p> <p>北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>			
<p>公金受取口座の利用有無</p> <p><input type="checkbox"/> 利用する ※1 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 利用しない ※2</span></p> <p>マイナンバー(請求者) _____ →お振込み先の口座(組合員のもの)の記入が必要です。</p> <p>_____</p> <p>※1 公金受取口座を利用する場合、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。 ご利用される場合は、必ず請求者のマイナンバーをご記入下さい。</p>			
※2 公金受取口座を利用しない場合、組合員の銀行名等を記入して下さい。	銀 行 名	銀 行 信用金庫	本店 支店
	預金の種類と口座番号(ふりがな)	普通 預金 No.	当座
	口座の名義人名		
死亡に関する証明	令和 年 月 日 死亡したことを証明する。	住 所 _____ 医 師 氏 名 _____ (印)	
※埋葬許可証の写又は、死亡診断書の写をもって上記証明にかえることができます。			

支 給 決 定 額	円
組 合 記 載 欄	