

|     |      |     |      |
|-----|------|-----|------|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 事務担当 |
|     |      |     |      |

様式第25号

## 葬 祭 費 請 求 書

金 円

|              |          |   |             |
|--------------|----------|---|-------------|
| 被保険者<br>記号番号 | —        | (フリガナ)  |             |
| 個人番号         |          | 死亡被保険者<br>氏 名   |             |
| 死亡年月日        | 令和 年 月 日 | 葬祭年月日   | 令和 年 月 日    |
| 死亡原因         |          | 第三者行為によるものですか<br>□はい □いいえ<br>はいの場合は「第三者行為による<br>被害届」を提出して頂きます | 故人との<br>続 柄 |

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日  
住 所 〒

氏 名 印

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿

## 送 金 依 頼 書

振込先を1か2どちらかお選びください

1.  上記金額を下記口座へ振り込まれたく依頼します。

(ふりがな) 普通・当座  
銀行 支店名義 口座番号

2.  公的受取口座を利用します。 ※公的受取口座を利用する場合、マイナポータル等での事前登録が必要です。

個人番号 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日  
葬 主 住 所 〒

葬 主 氏 名 印

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿

\*死亡を証明できる書類(死亡診断書、埋葬許可証、死体検案書のいずれか)の写し

\*葬儀時の領収書の写しを添えて ご提出ください。