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

被保険者証の	記号	番号		(フリガナ) 死亡被保険者 氏名	
被保険者の個人番号					
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 □はい □いいえ はいの場合は「第三者行為による被害届」を提出して頂きます		葬主との続柄	

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

葬主　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。