

記入例

理事長	常務理事	事務長	事務担当

様式第25号

<h2>葬 祭 費 請 求 書</h2>				
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">12ケタのマイナンバー(個人番号)を、ご記入ください。</div>		医師国保記入欄		
		被保険者 記号番号	05-0031001	(フリガナ)
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1	死亡被保険者 氏 名	国保 太郎	
死亡年月日	令和 6 年 12 月 20 日	葬祭年月日	令和 6 年 12 月 23 日	
死亡原因	肺炎	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>はいの場合は「第三者行為による傷病届」を提出して頂きます</small>	故人との 続 柄	長男
上記のとおり請求します。				
令和 6 年 12 月 27 日				
葬 主 住 所 〒 999-9999 ○○市○○町○○番地				
氏 名 国保 次郎				
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿				
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">国 印</div>				
<h2>送 金 依 頼 書</h2>				
振込先を1か2どちらかお選びください				
1. <input type="checkbox"/> 上記金額を下記口座へ振り込まれたく依頼します。				
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">12ケタのマイナンバー(個人番号)を、ご記入ください。</div>		(ふりがな)	普通・当座	
		行 支店 名 義	口座番号	
2. <input type="checkbox"/> 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 6 年 12 月 27 日				
葬 主 住 所 〒 999-9999 ○○市○○町○○番地				
葬 主 氏 名 国保 次郎				
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿				
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">国 保 印</div>				

*死亡を証明できる書類(死亡診断書、埋葬許可証、死体検案書など)の写し
*葬儀時の領収書の写しを添えて ご提出ください。