

支給額	円
死亡日	令和 年 月 日
区分	組合員・家族

※記入内容の消滅等を防ぐため、鉛筆やインクの消せるボールペン（フリクションボール等）を使用しないでください。

※請求者（組合員）の押印は、自署の場合は不要です。

全国建設工事業国民健康保険組合
葬 祭 費 請 求 書

様式業第12号

※（注意事項）

一、死亡した者の住民票・死亡診断書等を添付される場合は「証明を受ける欄」の記入は必要ありません。
二、死亡の原因が負傷による場合は「証明を受ける欄」の記入は必要ありません。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号											組 合 員 氏 名		
93-	1	3	9	9	-	5	3	0	0	0	1	建 設 一 郎	

死亡した被保険者氏名	建 設 三 郎			生年月日	昭和 平成 令和 34 年 10 月 14 日
死亡年月日	令和 7 年 7 月 24 日			葬祭を行った年月日	令和 7 年 7 月 27 日
※死亡の原因	急性心筋梗塞				
葬祭を行った者（請求者）の氏名	建 設 一 郎			組合員との間柄（ 本人 ）	

※証明を受ける欄	死亡年月日	令和 年 月 日	備考	
	上記のとおり死亡したことを証明します。			
	令和 年 月 日			
	証明者（医師・市区町村長・警察署長） 住 所 名 称 氏 名 印			

上記のとおり請求します。なお、支給される給付金は下記の口座に振込みください。											
令和 7 年 10 月 1 日 全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿											
請求者	住所	(〒 103 - 0015) 電話 03 (5652) 7001 東京都中央区日本橋箱崎町12-4									
	氏名	(ふりがな) けんせつ いちろう 建 設 一 郎			組合員と請求者の間柄	①. 組合員本人 2. 組合員本人以外 ()					
振込先金融機関	金融機関コード	1 2 3 4			支店コード	5 6 7					
	国 保 銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫 東京 本店 支店 出張所										
	預金種別	①. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			口座番号 ※右詰め	1 2 3 4 5 6 7					
	口座名義人	(カタカナで記入) ケンセツ イチロウ									

○葬祭を行った者（請求者）が上記に記入の上、葬祭を行った事実が分かる書類を添付してください。
○口座名義人欄は必ず葬祭を行った者（請求者）の氏名と同一のものを記入してください。
※「〇〇ケンセツ」「〇〇クミアイ」等、事業所名義や団体名義等への口座振込みはできません。

受付年月日	本部	支部	出張所