**国民健康保険　葬祭費　支給申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 被保険者番号 | 　深 | 請求金額 | ３０，０００円 |
| 世帯主氏名 |  | 死亡年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 死亡した被保険者氏名 |  | 葬祭年月日（告別式の月日） | 令和　　年　　月　　日 |

深川市長　様

　　上記のとおり国民健康保険　葬祭費の支給を申請します。なお、私の受取金は下記の口座に振込または現金で支払ってください。ただし、申請者名と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 　　〒　　　 －住所　 |
|  | 氏名 |  |

個人番号（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　死亡した被保険者との続柄　（　　　　　　　　　）

電話番号　（　　　　） 　　－

|  |  |
| --- | --- |
| 受領方法 | 1　口座　　~~2　現金（市役所内指定金融機関・納内支所・多度志支所）~~ |
| 口座振込依頼 |  | 銀行信金信組農協 |  | 本店本所支店支所 | 種　目 | 口　座　番　号 |
| 1 普通2 当座3その他( ) |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

（注意） 申請者は　喪主等、葬祭を行った者であること。

葬祭を行ったことがわかる会葬礼状または領収書等を添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　長 | 主　　幹 | 課長補佐 | 係　　長 | 主　　査 | 係 | 受　　付資格確認 |
| 　　　 |  |  |  |  |  |  |