

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	年 月 日
死亡した被保険者氏名 (個人番号)	()	葬祭年月日 (告別式の月日)	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、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。

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 () -

口座振込依頼	金融機関名	支店名	種目	口座番号					
	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 本所 支所	1 普通 2 当座						
	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	課長補佐	係長	主査	係	受付 資格確認