

国民健康保険葬祭費支給申請書

一金 円也

上記金額支給されるよう申請します。

ただし、下記内訳のとおり

年 月 日

申請者 住 所
(葬祭を行った者) 氏 名
電話番号

由仁町長 様

内 訳

被 保 険 者 記号・番号		世 帯 主 の 氏 名	
死亡した被保 険者の氏名		申 請 者 と の 続 柄	
死亡年月日	年 月 日	死亡の場所	
死 亡 原 因			
葬 祭 執 行 年 月 日	年 月 日		
支払を希望 する口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合、口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下欄へ記入)		
	金融機関名		支店名
	口座番号		口座名義 (カタカナ)
戸籍担当確認			
備 考			