

第21号様式

国民健康保険葬祭費支給申請書

一金 円也

上記金額の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住 所
(葬祭を行った者) 氏 名
個人番号
電話番号

由仁町長 様

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(下欄の口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する(下欄の口座情報を記入)。		
	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			