

国民健康保険葬祭費申請書

保険者番号	2	4	1	0	3	4	支給金額	¥	5	0	0	0	0	-
被保険者番号														
死亡保険した者	氏名						生年月日	年 月 日						
	資格取得日	年 月 日					死亡の場所							
	死亡年月日	年 月 日					死亡の原因	第三者行為（交通事故等）である・ない						
	備考													
葬祭執行者	葬祭執行日	年 月 日												
	住所													
	氏名						連絡先							

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。 ※死亡者名義の口座へは振込できません。

振込先	銀行						本店・支店 ()	預金種別	1. 普通 2. 当座 ()
	信用金庫								
	信用組合								
	協同組合								
	()								
口座番号等 (右詰に記載)									
口座名義	フリガナ								
	氏名								

上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先)御浜町長

〒

申請者 住所 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

委任状

私は、 _____ を代理人と定め、この国民健康保険葬祭費申請により受ける給付に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

(あて先) 御浜町長

葬祭執行者 〒 _____

(続柄:) 住所 _____ 氏名 _____

確認欄				
受付者	葬祭執行者の確認	併給	保険料充当	入力日確認
	葬祭の領収証・会葬礼状・死亡届の届出人 埋火葬許可証・死亡者の被保険者証提出	有	有	/
	住基(戸籍)確認(死亡者との続柄) その他()	無	無	
届出	()郵送・()窓口(申請者)・()窓口(申請者以外)続柄()			

