

国民健康保険 葬祭費支給申請書

死亡者の住所	菰野町		
氏名		被保険者証 記号・番号	
生年月日	年 月 日	支給申請金額	50,000円
死亡年月日	年 月 日	葬祭年月日	年 月 日
該当する場合はチェックをしてください		<input type="checkbox"/> 交通事故により死亡した	
振込先金融機関名		口座番号	口座名義人
銀行	本店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
信用金庫	支店		
農協	出張所		
菰野町長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 千 百 円			
申請者	住所	氏名 _____ 死亡者との続柄 ()	
	電話番号	_____	

※葬祭執行者以外の方が申請される場合は、次の欄を記入してください。

菰野町長 あて 私は、_____を代理人と定め、この国民健康保険葬祭費支給申請により 受ける給付に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 住所 _____			
葬祭執行者	氏名	_____ 死亡者との続柄 ()	

受付整理欄 (記入しないでください)

支給金額	<input type="checkbox"/> 50,000円	備考		
受 付	<input type="checkbox"/> 菰野 <input type="checkbox"/> 朝上 <input type="checkbox"/> 鵜川原 <input type="checkbox"/> 千種 <input type="checkbox"/> 竹永 <input type="checkbox"/> 住民課	受付者 ㊟	支給事務取扱者 ㊟	