

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 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		☐ 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	☐ 普通 ☐ 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 一 住所 申請者 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 葬祭執行者 住所 (喪主) 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	☐ 50,000円	備考		
受 付	☐ 菰野 ☐ 朝上 ☐ 鵜川原 ☐ 千種 ☐ 竹永 ☐ 住民課	受付者 ㊞	支給事務取扱者 ㊞	