

# 国民健康保険 葬祭費 支給申請書

坂城町長 様

年 月 日

申請者（葬祭執行者）

窓口に来た方

住 所 坂城町大字

※ 葬祭執行者の場合、記入は不要です。

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 \_\_\_\_\_

葬祭執行者  
との 続 柄 \_\_\_\_\_

死亡者からみた葬祭執行者の続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約します。

## 記

|                        |                                                                                                          |           |                             |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|
| 被 保 険 者 証<br>の 記 号 番 号 | さかき                                                                                                      | 世 帯 主 氏 名 |                             |
| 死亡者の氏名                 |                                                                                                          | 死 亡 年 月 日 | 年 月 日                       |
| 金 額                    | 5 0 , 0 0 0 円                                                                                            | お葬式の年月日   | 年 月 日                       |
| 振 込 先<br>金 融 機 関       | 銀 行                                                                                                      | 本 店       | 口 座 種 類 1 普通 2 当座 3 その他 ( ) |
|                        | 信用組合                                                                                                     | 支 店       | 口 座 番 号                     |
|                        | 信用金庫                                                                                                     | 支 所       |                             |
|                        | 農 協                                                                                                      | 出張所       | フリガナ<br>口座名義人               |
| 委 任 状                  | (申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。)<br>国民健康保険葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。<br><br>申請者（葬祭執行者） 氏名 _____ (印) |           |                             |

※ 被保険者証・印鑑・振込先の口座番号等がわかるもの（預金通帳など）を持参のうえ、葬祭を行った日の翌日から2年以内に申請書を提出してください。

※ 国民健康保険税（料）に未納がある方は、納税相談のうえでのお支払いとなります。

\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*

# 委任状

長 様

年 月 日

申請者 住所  
(委任をする人) 氏 名  
電 話

印

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

●●● (市町村) 国民健康保険の

- 1 国民健康保険証 (高齢受給者証) の再発行の手続き及び受領に関する事
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
- 3 国民健康保険税 (料) に関する事
- 4 その他の事項 ( ) に関する事

代理人 住所  
(委任を受けた人) 氏 名  
電 話

\*\*\*\*\* 以下の欄は、記入不要です。 \*\*\*\*\*

来庁者の確認

(1点確認)

- ① ☐ 個人番号カード
- ② ☐ 運転免許証・運転経歴証明書 ☐ 旅券 (パスポート) ☐ ( ) 手帳  
☐ 在留カード ☐ 特別永住証明書
- ③ ☐ 官公署から発行・発給された写真付の証等 ( )  
<氏名、生年月日又は住所記載のもの>

【①・③の証の発行・登録番号等.....】

(2点確認)

- ④ ア ☐ 被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童手当・児童扶養手当証書  
イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等  
<氏名、生年月日又は住所記載のもの>
- ☐ .....被保険者証 ☐ 国保税納税通知書等 ☐ .....証書 (手帳)  
証・種類名等 (.....)

【④の証・書類の発行・登録番号等.....】

- ⑤ その他の書類等 (.....)