

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）

住 所 坂城町大字

氏 名

電 話

死亡者からみた葬祭執行者の続柄

窓口に来た方

※ 葬祭執行者の場合、記入は不要です。

氏 名

葬祭執行者
との続柄

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 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	50,000 円	お葬式の年月日	年 月 日	
振 込 先 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	フリガナ	
	農 協	出張所	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。) 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。 申請者（葬祭執行者） 氏名 _____ (印)			

※ 被保険者証・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 *****