

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

氏 名

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 記 号 ・ 番 号		世 帯 主 氏 名	
死亡者の氏名		死 亡 年 月 日	年 月 日
金 額	円	葬 祭 日	年 月 日
振 込 先 金 融 機 関	銀 行	本 店	口 座 種 類
	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)		

※ 国民健康保険資格が確認できるもの・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。